

Impacto da Combinação de Fatores de Risco no Desenvolvimento da Criança

Estudos de Caso em Intervenção Precoce

Daniela Patrícia Pinho Fernandes

Mestrado em Educação Especial, área de especialização em Intervenção Precoce

Orientação:

Professor Doutor Nuno Cravo Barata

Professora Doutora Olívia de Carvalho

Julho, 2015



UNIVERSIDADE PORTUGALENSE

Daniela Patrícia Pinho Fernandes

Impacto da Combinação de Fatores de Risco no Desenvolvimento da Criança

Estudos de Caso em Intervenção Precoce

Dissertação de Mestrado apresentada à Universidade Portucalense Infante D. Henrique para obtenção do grau de Mestre em Educação Especial, área de especialização em Intervenção Precoce

Trabalho realizado sob a orientação de:

Professor Doutor Nuno Cravo Barata

Professora Doutora Olívia de Carvalho

Julho, 2015



UNIVERSIDADE PORTUCALENSE

Dedicatória

“Quando o vento não é favorável, tem de se remar. Quando aumentam as dificuldades de sermos nós próprios e de sermos alguém, quando o vento é contrário e não nos deixa avançar na direção certa, há que ter a cabeça liberta, o coração bem aberto e recorrer a todas as forças para navegar contra a corrente.

Não é fácil, mas é absolutamente necessário.”

Miguel Santos Guerra, in “No Coração da Escola”

Dedicado a todas as crianças que beneficiam de Intervenção Precoce na Infância.

Agradecimentos

“Aqueles que passam por nós, não vão sós, não nos deixam sós. Deixam um pouco de si, levam um pouco de nós.”

Antoine de Saint-Exupéry, in “O Pequeno Príncipe”

Finalizada uma etapa, especialmente, relevante da minha vida, é difícil transmitir, em palavras, toda a gratidão que tenho para com aqueles que me acompanharam nesta caminhada e contribuíram para a realização desta dissertação de mestrado.

Aos meus pais e irmãos, um enorme obrigado pelo apoio fundamental ao longo desta caminhada, pelo incentivo, pela motivação constante e por acreditarem sempre em mim. Espero que esta etapa que, agora concluo, possa de alguma forma retribuir e compensar tudo aquilo que têm feito por mim.

Ao meu namorado, o meu muito obrigado pelo apoio constante, carinho, encorajamento, força para continuar e, acima de tudo, por acreditar que sou capaz.

Aos orientadores, o professor Nuno Barata e a professora Olívia de Carvalho, o meu obrigado pela orientação, pela rigorosidade, pelos momentos de partilha e reflexão, pelos conselhos e pelo incentivo.

Aos técnicos da CPCJ de São João da Madeira, em geral, o meu obrigado por terem permitido o acesso aos processos de promoção e proteção solicitados, contribuindo desta forma para que fosse possível realizar o estudo empírico desta dissertação de mestrado. Um obrigado especial às técnicas gestoras de processos, Alexandra Mortágua e Margarida Garrido, pela colaboração, disponibilidade e participação nas entrevistas e à Miriam Ferreira pela simpatia, prontidão e disponibilidade com que me ajudou, sempre que precisei.

Aos meus amigos, agradeço pela preocupação, apoio, incentivo, pela força transmitida e por acreditarem em mim.

A todos os docentes que constituem o Mestrado em Educação Especial, agradeço por todos os ensinamentos e conhecimentos transmitidos.

Resumo

O presente trabalho reflete o desenvolvimento de um estudo empírico acerca do impacto da combinação de fatores de risco no desenvolvimento na criança e, assim, tem como objetivos: conceber um estudo acerca do impacto e repercussões da combinação de fatores de risco biológico e fatores de risco ambiental no desenvolvimento da criança; atestar que os fatores de risco biológico influenciam o aparecimento de fatores de risco ambiental; por outro lado, demonstrar que os fatores de risco ambiental têm influência no surgimento de fatores de risco biológico; ostentar que a acumulação e combinação de fatores de risco comprometem o desenvolvimento integral e harmonioso da criança e enfatizar a relevância da detecção precoce das perturbações e atrasos de desenvolvimento e consequente intervenção, assumindo-se uma perspectiva ecológica, transacional e cumulativa.

A metodologia de investigação utilizada foi o estudo de caso, por ser a mais adequada, uma vez que, se procedeu ao estudo de acontecimentos e contextos complexos. Deste modo, foram analisados dois processos de promoção e proteção da CPCJ (Comissão de Proteção de Crianças e Jovens) de São João da Madeira, pois, ambas as crianças beneficiam de Intervenção Precoce na Infância e possuem, na sua história de vida, a presença de fatores de risco ambientais e biológicos, que condicionam o seu desenvolvimento e as colocam numa situação de perigo – negligência.

Assim, com a concretização deste estudo e após a análise dos processos e todos os documentos que os constituem e com a realização e análise das entrevistas às técnicas gestoras dos processos da CPCJ de São João da Madeira pode-se mencionar que a acumulação e combinação de fatores de risco parece fazer ruir as estruturas de proteção do desenvolvimento da criança e que os fatores de risco biológico e ambiental podem ter influência entre si. Portanto, a intervenção deve ser realizada o mais precocemente possível, de modo a promover o desenvolvimento das crianças bem como melhorar a sua qualidade de vida e a das suas famílias.

Palavras-chave: Intervenção Precoce; Família; Fatores de Risco Biológico; Fatores de Risco Ambiental; Comissão de Proteção de Crianças e Jovens (CPCJ)

Abstract

The following work reflects the development of an empirical study about impact of combination the risk factors in child development. The goals of this study are: to devise a study on the impact and effects of the combination of biological risk factors and environmental risk factors in the development of the child; certify that the biological risk factors influence the emergence of environmental risk factors; on the other hand, demonstrate that the environmental risk factors have influence on the emergence of biological risk factors; to prove that the accumulation and combination of risk factors compromise the overall and harmonious development of the child and to enhance the importance of early detection of development delays and disorders and ensuing intervention, assuming an ecological perspective, cumulative and transactional.

The research methodology used was the case study because it is the most appropriate, as the study of events and complex contexts. In this way, two processes were analysed for the promotion and protection of the CPCJ (Committee on protection of children and young people) of São João da Madeira, because, both children benefit from early intervention in childhood and have, on their life stories, the presence of environmental and biological risk factors, which affect their development and put them in a situation of danger-negligence.

So, with the completion of this study and after the analysis of the processes and all their constituent documents and the completion and analysis of the interviews at management techniques, processes the CPCJ in São João da Madeira can be mentioned that the accumulation and combination of risk factors seems to collapse the structures of protection on child's development and the biological risk factors. Therefore, the intervention must be conducted as early as possible, in order to promote the development of children as well as improving the quality of their life and their families.

Keywords: early intervention; Family; Biological risk factors; Environmental risk factors; Committee on protection of children and young people (CPCJ)

Sumário

INTRODUÇÃO	13
PARTE I – ENQUADRAMENTO TEÓRICO	15
CAPÍTULO 1 – INTERVENÇÃO PRECOCE: PRESSUPOSTOS, CONCEITOS E CONTRIBUTOS	16
1 HISTÓRIA E ENQUADRAMENTO DA INTERVENÇÃO PRECOCE	17
1.1 CONCEITO DE INTERVENÇÃO PRECOCE	18
1.2 OBJETIVOS DA INTERVENÇÃO PRECOCE	20
1.3 GRUPO ETÁRIO ALVO PARA A INTERVENÇÃO PRECOCE	21
1.4 CRITÉRIOS DE ELEGIBILIDADE	22
1.4.1 <i>O Contributo da CIF</i>	24
1.5 A INTERVENÇÃO PRECOCE EM PORTUGAL	25
1.6 ENQUADRAMENTO LEGAL DA INTERVENÇÃO PRECOCE EM PORTUGAL	28
1.7 O PROFISSIONAL DE INTERVENÇÃO PRECOCE	30
1.8 PERTINÊNCIA DO TRABALHO DE EQUIPA EM INTERVENÇÃO PRECOCE	31
1.8.1 <i>Modelos de Equipas em Intervenção Precoce</i>	32
2 O SISTEMA NACIONAL DE INTERVENÇÃO PRECOCE NA INFÂNCIA (SNIPI)	35
2.1 CARATERIZAÇÃO DO SNIPI	35
2.2 ORGANIZAÇÃO DO SNIPI	36
2.2.1 <i>Comissões de Coordenação Regional</i>	36
2.2.2 <i>Subcomissões de Coordenação Regional</i>	37
2.2.3 <i>Núcleos de Supervisão Técnica</i>	37
2.2.4 <i>Equipas Locais de Intervenção (ELI)</i>	38
3 MODELOS DE REFERÊNCIA EM INTERVENÇÃO PRECOCE	39
3.1 MODELO ECOLÓGICO DO DESENVOLVIMENTO HUMANO DE BRONFENBRENNER	39
3.2 MODELO TRANSACCIONAL DO DESENVOLVIMENTO	42
4 A FAMÍLIA COMO CONTEXTO E SISTEMA DE INTERVENÇÃO PRECOCE	44
4.1 CONCEITO DE FAMÍLIA	44
4.2 ESTRUTURA E FUNÇÕES DA FAMÍLIA	45
4.3 IMPORTÂNCIA DO ENVOLVIMENTO PARENTAL EM INTERVENÇÃO PRECOCE	46
CAPÍTULO 2 – VULNERABILIDADE E RESILIÊNCIA	48
1 A VINCULAÇÃO	49
1.1 QUALIDADE DA VINCULAÇÃO	50

1.2	VINCULAÇÃO E VULNERABILIDADE	50
2	O CONCEITO DE CRIANÇA EM RISCO	52
2.1	ABORDAGEM DOS FATORES DE RISCO E DOS FATORES DE PROTEÇÃO	53
2.1.1	<i>Definição de Fatores de Risco</i>	53
2.1.2	<i>Definição de Fatores de Proteção</i>	54
2.2	AVALIAR PARA INTERVIR	55
2.3	RESILIÊNCIA	56
	CAPÍTULO 3 – CRESCER, SER E PERTENCER: A PROTEÇÃO DOS DIREITOS DAS CRIANÇAS.....	57
1	A CONVENÇÃO DOS DIREITOS DA CRIANÇA E O PRINCÍPIO DO INTERESSE SUPERIOR	58
2	A PROTEÇÃO DAS CRIANÇAS EM PORTUGAL	59
2.1	LEI DE PROTEÇÃO DE CRIANÇAS E JOVENS EM PERIGO (LPCJP).....	59
2.2	A COMISSÃO DE PROTEÇÃO DE CRIANÇAS E JOVENS (CPCJ).....	62
	PARTE II – ESTUDO EMPÍRICO	66
	CAPÍTULO 1 – DESENHO DA INVESTIGAÇÃO	67
1	IDENTIFICAÇÃO DO PROBLEMA	68
2	QUESTÃO DE PARTIDA.....	69
2.1	QUESTÕES ORIENTADORAS.....	69
3	HIPÓTESES	69
4	OBJETIVOS GERAIS E OBJETIVOS ESPECÍFICOS	70
4.1	OBJETIVO GERAL	70
4.2	OBJETIVOS ESPECÍFICOS	70
5	CONTEXTO, POPULAÇÃO ALVO E AMOSTRA.....	71
5.1	CONTEXTO.....	71
5.2	POPULAÇÃO ALVO	72
5.3	AMOSTRA.....	73
6	METODOLOGIA DE INVESTIGAÇÃO	73
6.1	MÉTODO DE RECOLHA DE DADOS	74
6.2	ANÁLISE DE DADOS	75
7	ÉTICA NA INVESTIGAÇÃO.....	75
	CAPÍTULO 2 – APRESENTAÇÃO E CARATERIZAÇÃO DOS CASOS.....	77
1	HISTÓRIA DE VIDA DE “DAVID TAVARES”	78

1.1	SINALIZAÇÃO.....	78
1.2	A FAMÍLIA	78
1.3	SITUAÇÃO ECONÓMICA.....	79
1.4	CONTEXTO HABITACIONAL.....	80
1.5	SITUAÇÃO DE SAÚDE	80
1.6	CONTEXTO ESCOLAR.....	81
1.7	HISTÓRICO DE MEDIDAS DE PROMOÇÃO E PROTEÇÃO.....	81
2	HISTÓRIA DE VIDA DE “GUILHERME PINTO”	82
2.1	SINALIZAÇÃO.....	82
2.2	A FAMÍLIA	82
2.3	SITUAÇÃO ECONÓMICA.....	84
2.4	CONTEXTO HABITACIONAL.....	84
2.5	SITUAÇÃO DE SAÚDE	85
2.5.1	<i>Quadro Clínico</i>	86
2.6	CONTEXTO ESCOLAR.....	87
2.7	HISTÓRICO DE MEDIDAS DE PROMOÇÃO E PROTEÇÃO.....	89
	CAPÍTULO 3 – APRESENTAÇÃO, ANÁLISE E INTERPRETAÇÃO DOS RESULTADOS.....	90
1	ANÁLISE DOS CASOS	91
1.1	ANÁLISE ECOLÓGICA DO CASO DE “DAVID TAVARES”	91
1.2	ANÁLISE ECOLÓGICA DO CASO DE “GUILHERME PINTO”	93
2	APRESENTAÇÃO, ANÁLISE E INTERPRETAÇÃO DOS DADOS OBTIDOS NAS ENTREVISTAS ...	95
	CONCLUSÃO	103
	REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	107
	ANEXOS	113
	ANEXO I	113
	ANEXO II	116

Índice de Figuras

FIGURA 1 – MODELO ECOLÓGICO DO DESENVOLVIMENTO HUMANO (ADAPTADO POR SERRANO, 2007)	40
FIGURA 2 – PROCESSO TRANSACCIONAL	43
FIGURA 3 - PRINCIPAIS FATORES DE PROTEÇÃO.....	54
FIGURA 4 – ANÁLISE ECOLÓGICA: “DAVID TAVARES”	92
FIGURA 5 – ANÁLISE ECOLÓGICA: “GUILHERME PINTO”	94

Índice de Tabelas

TABELA 1 - CRIANÇAS COM ALTERAÇÕES NAS FUNÇÕES OU ESTRUTURAS DO CORPO	23
TABELA 2 - CRIANÇAS COM RISCO GRAVE DE ATRASO DE DESENVOLVIMENTO	24
TABELA 3 - CONSEQUÊNCIAS DE UMA MÁ VINCULAÇÃO	52
TABELA 4 – MEDIDAS DE PROMOÇÃO E PROTEÇÃO	61
TABELA 5 – HISTÓRICO DE MEDIDAS DE PROMOÇÃO E PROTEÇÃO DO PROCESSO DE “DAVID TAVARES”	82
TABELA 6 – AVALIAÇÃO DO DESENVOLVIMENTO	87
TABELA 7 – HISTÓRICO DE MEDIDAS DE PROMOÇÃO E PROTEÇÃO DO PROCESSO DE “GUILHERME PINTO”	89
TABELA 8 - CARACTERIZAÇÃO DAS TÉCNICAS DA CPCJ.....	95
TABELA 9 - OS PROCESSOS ANALISADOS.....	96
TABELA 10 - O TRABALHO COM AS FAMÍLIAS	100
TABELA 11 - O TRABALHO EM EQUIPA	101

Lista de Abreviaturas

CIF – Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde

CPCJ – Comissão de Proteção de Crianças e Jovens

ELI – Equipas Locais de Intervenção

IP – Intervenção Precoce

IPI – Intervenção Precoce na Infância

NEE – Necessidades Educativas Especiais

PIIP – Projeto Integrado de Intervenção Precoce

PPP – Processo de Promoção e Proteção

SNIPI – Sistema Nacional de Intervenção Precoce na Infância

Introdução

“Todas as crianças têm direito a terem em casa o Pai e a Mãe, os irmãos (se houver) e comida. Se o Pai e a Mãe não conseguirem viver juntos têm direito a que cada um deles respeite o outro.

Todas as crianças têm direito a ter um colo onde se possam sentar, enroscar como numa concha e receber mimos.

Todas as crianças têm direito a nascer iguais em direitos.

Todas as crianças têm direito a não ficar sozinhas a chorar.

Todas as crianças têm direito a viver num País que tenha um Ministério da Infância e Juventude, que olhe verdadeiramente pelo seu crescimento afetivo e bem-estar interior.

Todas as crianças têm direito a viver felizes e a ter paz nos seus pensamentos e sentimentos.”

Pedro Strecht, in “Crescer Vazio”

O presente trabalho insere-se no âmbito da unidade curricular de *Dissertação* do segundo ano curricular do Mestrado em Educação Especial, na área de especialização em Intervenção Precoce.

Tal como o seu título “Impacto da combinação de fatores de risco no desenvolvimento da criança. Estudos de caso em Intervenção precoce” indica, pretende-se fazer um estudo empírico acerca das repercussões da combinação de fatores de risco no desenvolvimento integral da criança bem como atestar que a presença de determinados fatores de risco pode influenciar o surgimento de novos fatores de risco. É também objetivo deste trabalho, enfatizar a relevância da Intervenção Precoce na Infância, o envolvimento das famílias e o trabalho em equipa.

“Prevenir cedo nas crianças quer dizer evitar o vazio dos adultos das nossas sociedades” (Strech, 2002, p. 126).

Contrariamente ao que seria expectável, continua-se a tratar os “males” em vez de os prevenir, portanto, permite-se que determinadas crianças e/ou jovens, envoltas em adversidades, sejam conduzidas em vivências de risco e mergulhem na delinquência, por exemplo, para só depois lhes serem aplicadas medidas tutelares ou medidas de promoção e proteção. Portanto, não se deveria de pretender apenas tratar mas sim prevenir.

Neste sentido, o presente trabalho foi realizado sob a premissa de que a existência de um meio exterior securizante e envolvente permite que as crianças com atraso de desenvolvimento ou em risco grave de atraso de desenvolvimento se possam (re)organizar; é necessário e essencial dar apoio à família e à rede social de onde a criança

provém e na qual se encontra inserida; é fulcral acreditar na capacidade das crianças poderem fazer uma evolução significativa, mesmo tendo sofrido imenso, desde que exista uma intervenção precoce; é imprescindível que exista um verdadeiro trabalho de equipa e entre equipas transdisciplinares, de boa qualidade humana, com sensibilidade e com conhecimentos técnicos suficientes para levar a bom porto uma intervenção eficaz.

Intervir junto destas crianças, hoje, é evitar que mais tarde (em adolescentes ou adultos) elas, simplesmente, caiam na rua, nos hospitais, nos tribunais, nas prisões, no vazio.

Em relação à sua estrutura, a presente dissertação encontra-se dividida em duas partes, sendo que a primeira parte diz respeito ao enquadramento teórico e a segunda parte é referente ao estudo empírico. Assim, a primeira parte é constituída por três capítulos:

Capítulo 1 – Intervenção Precoce: Pressupostos, Conceitos e Contributos

Capítulo 2 - Vulnerabilidade e Resiliência

Capítulo 3 – Crescer, Ser e Pertencer: A Proteção dos Direitos das Crianças

Por sua vez, a segunda parte é constituída, de igual modo, por três capítulos:

Capítulo 1 - Desenho da Investigação

Capítulo 2 - Apresentação e Caracterização dos Casos

Capítulo 3 – Análise e Interpretação dos Dados



Parte I – Enquadramento Teórico

Capítulo 1 – Intervenção Precoce: Pressupostos, Conceitos e Contributos

Este capítulo pretende fazer uma abordagem em relação à origem, história e enquadramento teórico da intervenção precoce; ao seu conceito e objetivos; critérios de elegibilidade e grupo etário alvo para a intervenção. São realçadas, de igual modo, as funções do profissional de intervenção precoce na infância bem como a pertinência do trabalho em equipa e os vários tipos de equipas. É elaborada uma caracterização e explicitação acerca da estruturação e organização de todo o sistema nacional de intervenção precoce na infância, e realizada uma abordagem relativa aos principais modelos descritivos do desenvolvimento humano, que se constituem como sendo uma referência para as práticas de intervenção precoce. Por fim, é enfatizada a relevância do envolvimento parental nas práticas de intervenção precoce e explicitada a estrutura e funções da família.

1 História e Enquadramento da Intervenção Precoce

Na Idade Média e nos séculos seguintes, muitos seres humanos física e mentalmente diferentes foram perseguidos, julgados, executados ou até mesmo institucionalizados, pois, eram associados à imagem do diabo e a atos de feitiçaria e bruxaria. Contudo, no final do século XVIII surgiu, a primeira tentativa de Educação Especial por Itard ao ensinar o “rapaz selvagem” de Aveyron. Após vários anos de trabalho para o educar, Itard formulou a hipótese de que a maior parte das deficiências intelectuais e sociais não são inatas, pois, têm a sua origem na ausência de socialização e na falta de comunicação com o outro. Assim, este concluiu que o isolamento social prejudica a sociabilidade do indivíduo, sendo que esta é a base da vida em sociedade.

Nesta linha, importa referir que o surgimento da Intervenção Precoce (IP) remonta aos anos 60 do século XX e está associado à evolução dos programas de Educação Especial já existentes, sobretudo, nos Estados Unidos da América (EUA). Por outro lado, o aparecimento de legislação ao nível da saúde materno infantil e as preocupações com um atendimento à criança, no âmbito pré-escolar também estiveram na base do aparecimento da Intervenção Precoce. Assim, os primeiros programas de IP eram de cariz compensatório, baseados num modelo deficitário e dirigidos às crianças em idade pré-escolar consideradas em desvantagem social e em risco de terem insucesso escolar devido ao baixo estatuto socioeconómico das suas famílias (Pimentel, 1999).

Com efeito, surgiu nos EUA, em 1965 o programa *Head-Start*, considerado um dos principais programas da era inicial da Intervenção Precoce. Este programa era direcionado a crianças com idade de educação pré-escolar, ou seja, com idades compreendidas entre os 3 e os 6 anos e tinha como objetivo primordial aumentar as competências referentes ao desenvolvimento cognitivo, intelectual e social das crianças provenientes de famílias com baixos rendimentos. No entanto, o *Head-Start* apresentou fraquezas ao não conseguir eliminar, por exemplo, o insucesso escolar e os comportamentos delinquentes. Assim, segundo Carvalho (2011, p. 50), “A experiência dos anos sessenta ensina-nos a ser cautelosos quanto às promessas que fazemos, servindo também, para nos lembrar que não existem soluções mágicas para problemas sociais, complexos.”

Em 1975, a publicação da P.L. 94-142 – *“Education for all Handicapped Children Act”*, constituiu um marco importante no atendimento às crianças com necessidades educativas especiais (NEE), uma vez que, foi estabelecido que estas tinham direito a uma educação gratuita e apropriada. Além disso, esta lei exigia a elaboração de um Plano Educativo Individual, autorizado pela família e realizado com a colaboração da mesma, num ambiente o menos restrito possível.

Nos anos 80, mais propriamente em 1986, surgiu a base da organização legislativa nos EUA, com a Lei Pública 99-457 – *“The Education for All Handicapped Children’s Act Amendments”* que promoveu e expandiu o papel federal em relação à identificação e prestação de serviços às crianças com NEE. Mais tarde, em 1990, esta lei foi reformulada, passando a denominar-se *“The Individuals With Disabilities Education Act - IDEA”* e na qual foram enumeradas as linhas orientadoras de atendimento a crianças com NEE ou em risco de desenvolvimento, entre os 0 e os 5 anos de idade e previa-se que os programas de Intervenção Precoce não se centrassem exclusivamente nas necessidades da criança mas que contemplassem de igual modo as necessidades da família, mesmo que esta não fosse considerada como sendo o foco de intervenção.

Neste sentido, na perspetiva de Almeida (2000, p. 35), a criança é vista como parte de um “contexto específico, a família, com as suas características próprias que, por sua vez, faz parte de um sistema cujas interações exercem influência própria sobre a criança, tendo obrigatoriamente que ser consideradas com vista a uma intervenção.”

Atualmente, a abordagem utilizada é cada vez mais ampla e o enfoque deixa de ser orientado apenas para a criança e abrange, de igual modo, a família e a comunidade. Deste modo, pode-se referir que a intervenção é feita em rede: comunidade – profissionais – famílias.

1.1 Conceito de Intervenção Precoce

“Hoje a intervenção precoce é encarada como um conjunto de serviços e apoios, que podem ser prestados em diferentes contextos, e que se desenvolvem com base numa relação de parceria com a família, com o objetivo de promover o desenvolvimento das crianças, em idades precoces, com deficiências ou incapacidade, atraso de

desenvolvimento ou em risco grave de atraso de desenvolvimento, e de melhorar a sua qualidade de vida, assim como a das suas famílias.” (Tegethof, 2007, p.68)

Assim, pode-se depreender que a intervenção precoce corresponde a um conjunto de serviços, apoios e recursos necessários para responder às necessidades específicas de cada criança e às necessidades das suas famílias no que respeita à promoção do desenvolvimento da mesma.

Vários autores têm definido o conceito de Intervenção Precoce.

Neste sentido, para Thurman (1997), a Intervenção Precoce pode ser definida como um conjunto de serviços concebidos a partir de uma parceria estabelecida com as famílias, com o objetivo de proporcionar bem-estar às mesmas e às crianças em risco biológico e/ou ambiental. Segundo esta autora, a IP pode ainda ser aplicada aos serviços prestados às crianças desde o seu nascimento e até aos 5 anos de idade bem como às suas famílias.

Segundo Bairrão (2003, p. 7) “A Intervenção Precoce (IP) abrange serviços de educação especial e afins destinados às crianças de idades precoces com necessidades educativas especiais e às sus famílias. De um modo geral privilegia-se a frequência destes programas às crianças entre os primeiros meses de vida e os 2 anos de idade e prolonga-se até aos 5 anos.”

A European Agency for Development in Special Needs Education – EADSNE (2005), por sua vez, sugeriu que a IP diz respeito a um conjunto de serviços direcionados para as crianças e suas famílias e disponibilizados durante um certo período de tempo da vida destas, com o intuito de permitir fomentar o seu desenvolvimento, fortalecer as competências da família e promover a inclusão na sociedade. Além disso, a intervenção precoce deverá ocorrer, preferencialmente, no ambiente natural da criança, através de uma abordagem com recurso a várias dimensões.

Em suma, a intervenção precoce dirige-se a crianças até à idade escolar, com necessidades educativas especiais ou em risco de desenvolvimento e às suas famílias e assenta num sistema organizativo de partilha de responsabilidades e de coordenação intersectorial, uma vez que, é imprescindível que exista um trabalho de parceria entre as diversas entidades públicas e privadas.

1.2 Objetivos da Intervenção Precoce

Ao se considerar as condições básicas do desenvolvimento das crianças, deve-se, primeiramente ter em linha de conta a diversidade da qualidade de oportunidades que, desde o nascimento são oferecidas às mesmas e que podem fazer a diferença em termos desenvolvimentais (Meisels & Shonkoff, 2000).

Neste sentido, pode-se referir que um dos grandes objetivos da intervenção precoce na infância prende-se com a promoção da melhoria da qualidade de vida e bem-estar da criança e sua família. Assim, “pretende-se que a família consiga, uma cada vez melhor inserção na comunidade, seja através da utilização dos recursos disponíveis, seja através da constituição de uma rede social de apoio cada vez mais consistente, sem esquecer nunca a disponibilização da atenção necessária à problemática da criança” (Almeida, 2004, p. 66). Portanto, com a IP pretende-se capacitar a família, proporcionando-lhe um sentimento de utilidade e relevância na vida da criança, de modo, a que esta se torne capaz de gerir, por si mesma, os recursos de que necessita.

Por outro lado, para Bailey & Wolery (1992) a Intervenção Precoce tem como objetivos: apoiar as famílias no sentido de alcançarem os seus objetivos; promover o envolvimento, a independência e a competência da criança; promover o desenvolvimento da criança em todas as áreas-chave; promover e apoiar o desenvolvimento social da criança; promover o uso generalizado das competências adquiridas; proporcionar à criança experiências de vida normalizantes e prevenir a emergência de problemas e alterações futuras.

Para outros autores, como Franco (2007), os objetivos da IP passam pela criação de condições que permitem o desenvolvimento da criança e que viabilizam eliminar ou diminuir o risco; facilitação da integração da criança no meio (familiar, escolar e social) e incrementação da sua autonomia pessoal; reforço das competências familiares bem como a introdução de mecanismos de compensação e de eliminação de barreiras.

Em síntese, a IP é uma medida de apoio direcionada para a prestação de serviços educativos, terapêuticos e sociais às crianças com NEE ou em risco de desenvolvimento e suas famílias, com o objetivo de minimizar os efeitos nefastos ao seu desenvolvimento integral e harmonioso. A intervenção precoce prioriza, ainda, o papel das famílias de modo a desenvolver as competências da mesma, procurando capacitá-la, cada vez mais.

Por fim, a operacionalização dos objetivos supramencionados, irá depender da forma como os programas de IP serão concebidos e delineados, da formação dos profissionais envolvidos, dos contextos onde ocorrerá a intervenção e do envolvimento das famílias em todo o processo.

1.3 Grupo Etário Alvo para a Intervenção Precoce

A definição do grupo etário alvo para a intervenção precoce tem sido uma questão muito discutida e que tem gerado alguma controvérsia ao longo dos anos.

Nos EUA, alguns especialistas defenderam que a intervenção precoce deveria abranger apenas crianças até aos 3 anos de idade, enquanto outros referiram que esta deveria de se estender até aos 6 anos, contudo, a orientação predominante considerou a faixa etária dos 0 aos 6 anos, havendo, mesmo quem defendesse um prolongamento até aos 8 anos.

A nível europeu e de acordo com o Eurllyaid¹, constata-se que, na grande maioria dos países, a IP abrange a faixa etária dos 0 aos 6 anos, embora, na Inglaterra e Noruega, seja dos 0 aos 5 anos e na Bélgica, Holanda e Áustria, dos 0 aos 7/8 anos.

De acordo com o Decreto-Lei 281/2009 de 6 de Outubro, em Portugal, a intervenção precoce destina-se a crianças em idades pré-escolares, ou seja, dos 0 aos 6 anos, que apresentem alterações no seu desenvolvimento biopsicossocial, ou se encontrem em situações de alto risco para as vir a desenvolver.

Assim, de um modo geral, ao se interpretar a tendência atual, pode-se referir que o grupo etário alvo da intervenção precoce compreende as crianças dos 0 aos 6 anos de idade, inclusive.

¹ O Eurllyaid é um grupo de trabalho da Comunidade Europeia, criado em 1989, que reúne profissionais, investigadores e representantes de associações de pais, de diferentes estados membro, envolvidos na Intervenção Precoce (Eurllyaid, 1992).

1.4 Critérios de Elegibilidade

“Para a eficácia da I.P. todos os intervenientes necessitam de estar conscientes da diversidade e têm que ter habilidade para ir ao encontro dos problemas complexos, deste campo” (Carvalho, 2011, p. 62). Neste sentido, pode-se depreender que a questão da elegibilidade é fulcral para as práticas de intervenção precoce.

Uma vez que, nem sempre é fácil identificar situações de crianças que são elegíveis para a IP, pois, existem situações que são menos evidentes, torna-se relevante explicar a diversidade de situações existentes, que são elegíveis para a IP.

Deste modo, de acordo com o Decreto-lei n.º 281/2009 de 6 de Outubro, são elegíveis para apoio no âmbito da Intervenção Precoce na Infância, as crianças com idades compreendidas entre os 0 e os 6 anos de idade e suas famílias e que apresentem quatro ou mais fatores de risco, apresentados na **Tabela 1** e na **Tabela 2**.

De salientar que os critérios de elegibilidade foram incrementados de acordo com os preceitos compreendidos pela Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde (CIF).

1. Crianças com alterações nas funções ou estruturas do corpo

Alterações que limitam o normal desenvolvimento e a participação nas atividades típicas tendo em conta os referenciais de desenvolvimento próprios para a respetiva idade e contexto social.

1.1 Atraso de Desenvolvimento sem etiologia conhecida

Abrange uma ou mais áreas (motora, física, cognitiva, da linguagem e comunicação, emocional, social e adaptativa). O atraso de desenvolvimento é validado por uma avaliação fundamentada, realizada por um profissional competente para o efeito.

1.2 Condições Específicas

Baseiam-se num diagnóstico relacionado com situações que se associam a atraso do desenvolvimento, entre outras:

Malformações congénitas (ex. síndromas polimalformativos);	Doença metabólica (ex. mucopolisacarídeos, glicogénese);
Anomalia cromossómica (ex. Trissomia 21, Trissomia 18, Síndrome de X-Frágil);	Perturbação neurológica (ex. paralisia cerebral, neurofibromatose);
Défice sensorial (ex. baixa visão/cegueira, surdez);	Perturbações relacionadas com exposição pré-natal a agentes teratogénicos ou a narcóticos, cocaína e outras drogas (ex. síndrome fetal alcoólico);
Perturbações relacionadas com infeções severas congénitas (ex. HIV, grupo TORCH, meningite);	Doença crónica grave (ex. tumores do SNC, D. renal, D. hematológica);
Desenvolvimento atípico com alterações na relação e comunicação (ex. perturbações do espectro do autismo);	Perturbações graves da vinculação e outras perturbações emocionais.

Tabela 1 - Crianças com Alterações nas funções ou estruturas do corpo

2. Crianças com Risco Grave de Atraso de Desenvolvimento

O risco deve-se à existência de condições biológicas, psicoafectivas ou ambientais, que implicam uma alta probabilidade de atraso relevante no desenvolvimento da criança.

2.1 Crianças Expostas a Fatores de Risco Biológico

Inclui crianças que estão em risco de vir a manifestar limitações na atividade e participação (ICF – CY, 2007) por condições biológicas que interfiram claramente com a prestação de cuidados básicos, com a saúde e o desenvolvimento.

Baseiam-se num diagnóstico relacionado com, entre outros:

- História familiar de anomalias genéticas, associadas a perturbações do desenvolvimento;
- Exposição intra-uterina a tóxicos (álcool, drogas de abuso);
- Complicações pré-natais severas (Hipertensão, toxémia, infeções, hemorragias, etc.);
- Prematuridade <33 semanas de gestação;
- Muito baixo peso à nascença (< 1,5Kg);
- Atraso de Crescimento Intra-Uterino (ACIU): Peso de nascimento <percentil 10 para o tempo de gestação;
- Asfixia perinatal grave (Apgar ao 5º minuto <4 ou pH do sangue do cordão <7,2 ou manifestações neurológicas ou orgânicas sistémicas neonatais);
- Complicações neonatais graves (sépsis, meningite, alterações metabólicas ou hidroelectrolíticas, convulsões);
- Hemorragia intraventricular;
- Infeções congénitas (Grupo TORCH);

- Criança HIV positiva;
- Infecções graves do sistema nervoso central (Meningite bacteriana, meningoencefalite);
- Traumatismos cranianos graves;
- Otite média crónica com risco de défice auditivo.

2.2 Crianças Expostas a Fatores de Risco Ambiental

Consideram-se condições de risco ambiental a existência de fatores parentais ou contextuais, que atuam como obstáculo à atividade e à participação da criança (ICF – CY, 2007), limitando as suas oportunidades de desenvolvimento e impossibilitando ou dificultando o seu bem-estar.

2.2.1 Fatores de Risco Parentais:

- Mães adolescentes < 18 anos;
- Abuso de álcool ou outras substâncias aditivas;
- Maus-tratos ativos (maus-tratos físicos, emocionais e abuso sexual) e passivos (negligência nos cuidados básicos a prestar à criança - saúde, alimentação, higiene e educação);
- Doença do foro psiquiátrico;
- Doença física incapacitante ou limitativa.

2.2.2 Fatores de Risco Contextuais:

- **Isolamento** (ao nível geográfico e dificuldade no acesso a recursos formais e informais; discriminação sócio-cultural e étnica, racial ou sexual; discriminação religiosa; conflitualidade na relação com a criança) **e/ou Pobreza** (recurso a bancos alimentares e/ou centros de apoio social; desempregados; famílias beneficiárias de RSI ou de apoios da ação social);
- **Desorganização Familiar** (conflitualidade familiar frequente; negligência da habitação a nível da organização do espaço e da higiene);
- **Preocupações acentuadas expressas por um dos pais, pessoa que presta cuidados à criança ou profissional de saúde, relativamente ao desenvolvimento da criança, ao estilo parental ou interação mãe/pai-criança.**

Tabela 2 - Crianças com risco grave de atraso de desenvolvimento

1.4.1 O Contributo da CIF

A CIF propõe um quadro conceptual baseado nas interações entre a pessoa e o seu meio envolvente, ou seja, entre as condições de saúde (doenças, perturbações e lesões) e os fatores contextuais (ambientais ou pessoais). O objetivo da CIF é proporcionar um quadro de referência e uma linguagem comuns para a descrição da

saúde e das condições relacionadas com a saúde, focando, portanto, a saúde e a funcionalidade e não a incapacidade. (OMS, 2003)

A CIF é constituída por duas partes, cada uma com dois componentes (expressos em termos positivos e negativos). Assim, a CIF enquadra-se num modelo biopsicossocial, uma vez que, inclui o modelo médico e o modelo social, o que proporciona uma visão coerente de diferentes perspetivas. Neste sentido, descreve as funções e estruturas do corpo, as atividades e a participação (envolvimento do indivíduo numa situação real), assim como os fatores ambientais que funcionam como facilitadores ou barreiras (ou seja, como fatores de proteção ou fatores de risco) ao desempenho e desenvolvimento da criança.

Simeonsson, Pereira e Scarborough (2003), mencionaram que uma combinação entre a CIF e a CID – 10 (Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados com a Saúde), pode, futuramente, vir a constituir uma referência relevante para a elegibilidade nos serviços de intervenção precoce, uma vez que, estes dois sistemas de classificação podem facultar informações adicionais no que diz respeito, quer às etiologias e condições de saúde subjacentes, quer às manifestações de incapacidade e às limitações funcionais.

Em suma, a utilização da CIF permite a homogeneização da linguagem, no que diz respeito aos conceitos e terminologias utilizados quando se pretende referenciar ou descrever a incapacidade, e possui imensas vantagens a todos os níveis, designadamente na descrição das crianças a beneficiarem de serviços de intervenção precoce, na definição de critérios de elegibilidade e nas estimativas a nível da incidência e da prevalência.

1.5 A Intervenção Precoce em Portugal

Em termos históricos, Portugal, teve alguns projetos de IP pioneiros e demonstrou preocupação em providenciar serviços adequados, do ponto de vista desenvolvimental, às crianças a quem foram diagnosticadas NEE ou em risco de as desenvolver. Assim, nos anos 60, foi criado pelo Instituto de Assistência a Menores do Ministério da Saúde e Assistência, o Serviço de Orientação Domiciliária (SOD), que tinha o objetivo de apoiar crianças (0 aos 6 anos) com deficiência visual e suas famílias, dentro de um modelo de

saúde pública, implementado a nível nacional, por enfermeiras dos Centros Materno-Infantis, que prestavam apoio sob a forma de visitas domiciliárias.

Por volta de 1973, foi criada pelo Ministério da Educação, a divisão de Educação Especial e em 1975 foram implementadas as Equipas de Educação Especial (EEE). Neste sentido, o atendimento a crianças com NEE ou em risco de atraso de desenvolvimento começou a realizar-se mais cedo, embora, a integração destas crianças nos jardins-de-infância fosse rara. Ainda nos anos 70, surgiu um projeto inovador e pertinente: o Projeto de Águeda. Este tinha como objetivo efetivar uma resposta a crianças em risco e com necessidades educativas especiais. Deste modo, foi criada uma articulação entre a saúde (Hospital Pediátrico de Coimbra e Centro de Saúde), educação (EEE) e outras entidades locais, públicas e privadas. Este projeto assentava numa filosofia de integração e constituiu uma resposta eficaz de serviços, uma vez que, respondeu às necessidades das crianças, famílias e comunidade e enfatizou a relevância da prevenção e intervenção em idades precoces.

Contudo, foi especialmente a partir de meados dos anos 80 que se assistiu ao reconhecimento gradual da necessidade de se desenvolver formas de apoio a crianças com necessidades educativas especiais em idades precoces. Neste sentido, foi aplicado no nosso país o programa “Portage”, cuja eficiência já tinha sido comprovada nos Estados Unidos da América e em Inglaterra. No final dos anos 80, surgiu o Projeto Integrado de Intervenção Precoce (PIIP) de Coimbra, resultado de uma articulação entre a Administração Regional de Saúde (ARS), a Associação Portuguesa de Pais e Amigos do Cidadão Deficiente Mental (APPACDM), a Direção Regional de Educação do Centro (DREC), o Centro Distrital de Solidariedade e Segurança Social de Coimbra (CDSSSC) e o Hospital Pediátrico de Coimbra (HPC). O PIIP tinha o objetivo de desenvolver uma estrutura que garantisse a deteção precoce das situações de crianças em risco e atraso de desenvolvimento e conseqüente intervenção e apoio às crianças em risco (sobretudo até aos três anos) e suas famílias, partindo dos recursos existentes na comunidade, de forma coordenada e articulada (Cruz et al., 2003).

No seguimento dos resultados bastante positivos, obtidos pelo PIIP, dos apoios financeiros que foram sendo atribuídos a projetos desta índole, entre outros fatores, assistiu-se ao longo dos anos 90 à proliferação de projetos de intervenção precoce em todo o país.

Assim, o Ministério da Saúde, através do Serviço Nacional de Saúde providenciou serviços gratuitos à maior parte da população, através de uma rede de centros de saúde de cuidados primários e de hospitais locais, secundários e terciários bem como através do investimento na melhoria da qualidade dos cuidados de saúde materno-infantis, prestando um apoio precioso à intervenção precoce. Por sua vez, a Segurança Social também desempenhou um papel bastante relevante no apoio a projetos de intervenção precoce, através de um programa de apoio financeiro denominado “Ser Criança”, concebido para encorajar as instituições privadas a criarem programas destinados a crianças entre os 0 e os 3 anos. Por outro lado, o Ministério da Educação reconheceu, finalmente, a necessidade de programas de intervenção precoce e promulgou em, 1991, o Decreto-lei 319/91, de 23 de Agosto e a portaria 611 e em, 1997, a Portaria nº52/97 de 21 de Janeiro e a Portaria 1102/97, para atendimento às crianças com NEE. Esta lei possibilitava que as escolas de educação especial, sob a tutela do Ministério da Educação, em conjunto com as equipas de educação especial desenvolvessem programas de IP para as crianças elegíveis. Deste modo, surgiu em outubro de 1999, pela primeira vez, o enquadramento legal da IP, através do Despacho Conjunto n.º 891/99.

No entanto, já no ano de 2006, a reestruturação do sistema vigente dos Apoios Educativos, que criou os Quadros de Educação Especial (QEE); a revisão dos critérios de categorização dos domínios de especialização em educação especial; o novo sistema de concursos que impedia os educadores especializados de permanecerem nas equipas de IP ao concorrerem ao QEE, dado que, caso optassem por não concorrer ao QEE, seria vedada a hipótese de integrarem a carreira de educação especial e as orientações para que a população alvo da IP se situasse na faixa etária dos 0 aos 3 anos, na medida em que as crianças dos 3 aos 6 anos, seriam abrangidas pela educação especial – educação pré-escolar, assumiram particular relevância e, de certa forma, comprometeram o desenvolvimento da IP. Esta situação originou destabilização e teve reflexos práticos ao nível da continuidade ou do modo de funcionamento de vários projetos articulados de Norte a Sul do país.

Assim, da necessidade de se elaborar nova legislação, ajustada à realidade, surgiu em 2009 o Decreto-Lei n.º 281/2009 de 6 de Outubro.

1.6 Enquadramento Legal da Intervenção Precoce em Portugal

Tal como já foi mencionado, o enquadramento legal da IP em Portugal, surgiu pela primeira vez em Outubro de 1999, através do Despacho Conjunto n.º 891/99.

Este Despacho Conjunto foi um documento inspirado na legislação americana, nomeadamente, na PL 99-457, de 1986, e na sua reautorização a *Individuals with Disabilities Education Act (IDEA)*, Parte C, de 1991. No seu ponto 2, definiu a intervenção precoce como “uma medida de apoio integrado, centrado na criança e na família, mediante ações de natureza preventiva e habilitativa, designadamente no âmbito da educação, da saúde e da ação social, com vista a assegurar condições facilitadoras do desenvolvimento da criança com deficiência ou em risco de atraso grave de desenvolvimento; potenciar a melhoria das interações familiares e reforçar as competências familiares como suporte da sua progressiva capacitação e autonomia face à problemática da deficiência“. Considerou, no seu ponto 3.1, como destinatários as crianças até aos 6 anos de idade, especialmente dos 0 aos 3 anos, que apresentassem deficiência ou risco de atraso grave de desenvolvimento. No seu ponto 5, indicou que a IP tinha como objetivos a criação de condições que facilitassem o desenvolvimento global da criança, a otimização da interação criança-família, e o envolvimento da comunidade no processo de intervenção.

O Despacho Conjunto n.º 891/99 previa no seu último ponto (ponto 15) uma avaliação global da sua implementação, passado um período experimental de três anos. Todavia, tal não se veio a verificar, especialmente, devido ao facto de o Grupo Interdepartamental (criado pelo Despacho Conjunto n.º999/2000, de 9 de Outubro) ter findado a sua atividade ao longo de 2002, por várias razões, entre as quais se destaca a reestruturação orgânica da Segurança Social, com a criação do ISS, IP em Janeiro de 2001. A cessação da atividade do Grupo Interdepartamental, que se prolongou até 2006, refletiu-se, não só, na não efetivação da avaliação na data prevista, como na inexistência de um acompanhamento, avaliação e homogeneização das práticas de intervenção precoce no terreno.

Atualmente, o enquadramento legal da IP que vigora no nosso país é o Decreto-Lei n.º 281/2009 de 6 de Outubro. Este tem por objeto, na sequência dos princípios vertidos na Convenção das Nações Unidas dos Direitos da Criança e no âmbito do Plano

de Ação para a Integração das Pessoas com Deficiência ou Incapacidade 2006-2009, a criação de um Sistema Nacional de Intervenção Precoce na Infância (SNIPI). O SNIPI “consiste num conjunto organizado de entidades institucionais e de natureza familiar, com vista a garantir condições de desenvolvimento das crianças com funções ou estruturas do corpo que limitam o crescimento pessoal, social, e a sua participação nas atividades típicas para a idade, bem como das crianças com risco grave de atraso no desenvolvimento” (artigo 1.º). Tal como menciona o artigo 2.º, “o SNIPI abrange as crianças entre os 0 e os 6 anos, com alterações nas funções ou estruturas do corpo que limitam a participação nas atividades típicas para a respetiva idade e contexto social ou com risco grave de atraso de desenvolvimento, bem como as suas famílias”.

Por sua vez, no artigo 3.º, considera-se “Intervenção precoce na infância (IPI) o conjunto de medidas de apoio integrado centrado na criança e na família, incluindo ações de natureza preventiva e reabilitativa, designadamente no âmbito da educação, da saúde e da ação social; por risco de alterações ou alterações nas funções e estruturas do corpo atenta “qualquer risco de alteração, ou alteração, que limite o normal desenvolvimento da criança e a sua participação, tendo em conta os referenciais de desenvolvimento próprios, consoante a idade e o contexto social; e por risco grave de atraso de desenvolvimento considera a “verificação de condições biológicas, psicoafectivas ou ambientais, que implicam uma alta probabilidade de atraso relevante no desenvolvimento da criança”.

De acordo com o artigo 4.º o SNIPI tem como objetivos: “assegurar às crianças a proteção dos seus direitos e o desenvolvimento das suas capacidades; detetar e sinalizar todas as crianças com risco de alterações ou alterações nas funções e estruturas do corpo ou risco grave de atraso de desenvolvimento; intervir, após a deteção e sinalização em função das necessidades do contexto familiar de cada criança elegível, de modo a prevenir ou reduzir os riscos de atraso no desenvolvimento; apoiar as famílias no acesso a serviços e recursos dos sistemas da segurança social, da saúde e da educação e envolver a comunidade através da criação de mecanismos articulados de suporte social”.

A necessidade de cumprimento dos princípios consignados neste decreto-lei, nomeadamente o da universalidade do acesso aos serviços de IP, implica assegurar um sistema de interação entre as famílias e as instituições, para que todos os casos sejam

devidamente identificados e sinalizados tão rapidamente quanto possível. Deste modo, devem ser acionados os mecanismos necessários à definição de um plano individual, atendendo às necessidades das famílias e elaborado por equipas locais de intervenção, multidisciplinares que representem todos os serviços que são chamados a intervir.

Em conformidade com o decreto-lei nº 281/2009, é necessário que este plano individual oriente as famílias que o subscrevam e estabeleça o diagnóstico adequado. Este deve ter em conta não somente os problemas mas também o potencial do desenvolvimento da criança, a par das alterações a introduzir no meio ambiente para que tal potencial se possa afirmar. Para o efeito, deve-se recorrer à utilização da Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde para Crianças e Jovens, da Organização Mundial de Saúde (CIF-2007).

Deste modo, é crucial integrar, tão precocemente quanto possível, nas determinantes essenciais relativas à família, os serviços de saúde, as creches, jardins-de-infância e as escolas.

Para alcançar este desiderato, o decreto-lei nº 281/2009, instituiu três níveis de processos de acompanhamento e avaliação do desenvolvimento da criança e da adequação do plano individual para cada caso. Esses níveis são: o nível local das equipas multidisciplinares com base em parcerias institucionais; o nível regional de coordenação e o nível nacional de articulação de todo o sistema.

Em suma, com o Decreto-lei nº 281/2009 de 6 de Outubro, pretende-se desenvolver o sistema de Intervenção Precoce de forma a potenciar e mobilizar todos os recursos disponíveis, no âmbito de uma política de inclusão social, moderna e justa, e para que este objetivo seja alcançado, devemos ter em linha de conta que cada criança é única e, como tal, tem as suas características e necessidades próprias.

1.7 O Profissional de Intervenção Precoce

Para o exercício da sua profissão, o profissional de IP tem que saber ser e saber estar em contexto de visita domiciliária com a família; deve apoiar os pontos fortes da família e os seus sistemas naturais; apoiar as relações saudáveis criança-progenitor; compreender o desenvolvimento típico e atípico da criança; deve ser flexível, maturo, empático e assertivo; deve também conhecer a legislação relativa à criança, à família, à

educação da infância e à IP. Por fim, o profissional deve dominar o vocabulário comum às várias disciplinas envolvidas na intervenção; ter competências na resolução de conflitos e ter capacidades para integrar conhecimentos de outras disciplinas. Tal apenas será possível se o profissional conseguir fazer uma aplicação refletida do saber transdisciplinar, ou seja, se adequar a teoria à prática.

Em relação à abordagem utilizada, esta deve ser centrada na família, focalizada nas relações, baseada nas forças, ecológica e reflexiva. Neste sentido, o profissional de intervenção precoce deve desenvolver a sua intervenção em função do que a família considera como sendo prioritário e relevante para a criança, “segundo modos de ação bem conjugados com as rotinas e rituais próprios” (Santos, 2007, p. 92) e tendo por base as relações estabelecidas entre pais e crianças procurando incentivar “padrões interativos adequados e gratificantes” e contribuir para “a diminuição de interações menos desejadas” (Santos, 2007, p. 93). Como referido, a abordagem deve, de igual modo, ser ecológica, na medida em que tem em linha de conta não só a família mas também a comunidade em que se insere. Por fim, a abordagem deve ainda ser reflexiva na medida em que exige um “exercício reflexivo do profissional de IP (...) do seu próprio desempenho durante a intervenção e dos seus sentimentos e cognições antes, durante e após a ação direta junto da família” (Santos, 2007, p. 93 e 94).

O profissional não pode ser intrusivo e deve, em conjunto com a família, “descobrir forças e capacidades, providenciar informação necessária e relevante às necessidades atuais da criança e da família, e apoiar incondicionalmente os seus esforços para otimizar as suas competências parentais e os avanços desenvolvimentais da criança” (Santos, 2007, p. 93).

1.8 Pertinência do Trabalho de Equipa em Intervenção Precoce

Uma equipa pode ser considerada como sendo um grupo em interação que executa atividades integradas e interdependentes. Para que as equipas tenham sucesso é necessário que os membros que a constituem tenham a capacidade de confiar uns nos outros; respeitem os papéis e a experiência de cada membro; tenham a capacidade de resolver problemas e partilhem opiniões e responsabilidades.

A este propósito Carvalho (2011, p. 121) referiu que “as equipas só funcionam, de forma eficaz, quando cada membro partilha objetivos e pressupostos.”

A intervenção baseada num trabalho em equipa, é, a nível internacional, uma das práticas recomendadas no âmbito da IP, no sentido de ser possível operacionalizar modelos de equipas, nas quais os diversos profissionais cooperam entre si. Esta forma de intervenção decorre de um modelo organizacional que se centra na gestão das interações humanas e enfatiza a relevância do grupo e da interação dos seus membros para, entre si, construírem relações e estratégias de trabalho.

Assim, as equipas de Intervenção Precoce devem ter a capacidade para tomar decisões em conjunto, incluindo as famílias, devem fomentar a interação e a partilha de informação entre os vários profissionais, devem intervir tendo em linha de conta as necessidades e as forças de cada criança e família e, por fim, devem proceder a intervenções integradas nas rotinas diárias da criança e da família, valorizando os contextos naturais. Neste sentido, o trabalho em equipa, no âmbito da IP, traduz-se num impacto positivo no que diz respeito à criança e sua família, aos diversos profissionais que constituem a equipa, aos diversos serviços implicados e à comunidade no geral.

Em suma e citando Carvalho (2011, p. 121 e 122), “o trabalho da equipa verifica-se não quando as perspetivas se tornam as mesmas, mas quando cada um compreende a visão do outro e quando desenvolvem o respeito mútuo, a partir de um compromisso comum para o bem-estar da criança”.

1.8.1 Modelos de Equipas em Intervenção Precoce

Existem três formas de prestação de serviços em IP, os quais compõem a interação entre os membros da equipa: equipas multidisciplinares, equipas interdisciplinares e equipas transdisciplinares.

De seguida, será realizada uma descrição de cada uma das equipas mencionadas.

1.8.1.1 Equipas Multidisciplinares

Nas equipas multidisciplinares, os profissionais das várias áreas de intervenção, atuam de modo independente e, assim, a criança é avaliada, individualmente, por cada membro da equipa, de acordo com a sua área de especialização.

1.8.1.2 Equipas Interdisciplinares

As equipas interdisciplinares são também constituídas por profissionais de diversas áreas de intervenção mas nestas, há inclusão da família como membro e os profissionais interagem entre si.

Neste modelo de equipa, os profissionais também avaliam a criança, individualmente mas, no entanto, discutem os resultados das suas avaliações em conjunto e desenvolvem planos de intervenção, nos quais cada profissional fica responsável pela parte do plano que diz respeito à sua área profissional.

Contudo, pode existir controvérsia entre os membros, uma vez que, estes podem não compreender a formação e as práticas profissionais de outros membros da equipa e, assim, podem ser reticentes em aceitar informações ou recomendações provenientes da parte desses membros. Desta forma, é imprescindível que os diversos membros que constituem a equipa reconheçam e aceitem as diferenças mútuas, para que a equipa tenha sucesso.

1.8.1.3 Equipas Transdisciplinares

As equipas transdisciplinares são, de igual modo, constituídas por profissionais de várias áreas e pelas famílias e, assim, a família possui um papel central e não apenas secundário como no caso das equipas interdisciplinares.

Este modelo de equipa é o mais apropriado para as práticas de intervenção precoce, uma vez que, os vários profissionais que constituem a equipa comunicam, interagem e cooperam entre si além das fronteiras disciplinares.

Nas equipas transdisciplinares todas as decisões no que concerne às avaliações, planificação e implementação dos programas são tomadas por consenso e na falta deste, o que predomina são as decisões da família.

O desenvolvimento de uma intervenção baseada em equipas transdisciplinares cria sinergias entre os vários profissionais e pode mudar e fortalecer todos os serviços envolvidos bem como agilizar as redes (in) formais de suporte individual e coletivo de determinada comunidade.

Neste sentido, pode-se depreender que o trabalho baseado em equipas transdisciplinares, é no âmbito da intervenção precoce, a forma que garante maior qualidade e eficácia à intervenção.

2 O Sistema Nacional de Intervenção Precoce na Infância (SNIPI)

2.1 Caracterização do SNIPI

O Decreto-Lei nº 281/2009 de 06 de Outubro criou o Sistema Nacional de Intervenção Precoce na Infância (SNIPI), que se destina ao atendimento e orientação das famílias de crianças entre os 0 e os 6 anos com alterações nas funções ou estruturas do corpo que limitam a participação nas atividades típicas para a respetiva idade e contexto social ou com risco grave de atraso de desenvolvimento. Este tem como objetivos garantir às crianças a proteção dos seus direitos e o desenvolvimento das suas capacidades; detetar e sinalizar todas as crianças com necessidades de intervenção precoce; interceder junto das crianças e famílias, em função das necessidades identificadas, de modo a prevenir ou diminuir os riscos de atraso de desenvolvimento; apoiar as famílias no acesso a serviços e recursos dos sistemas de segurança social, de saúde e de educação e envolver a comunidade através da criação de mecanismos articulados de suporte social.

O SNIPI opera através da atuação coordenada de várias entidades (Ministérios do Trabalho e da Solidariedade Social, da Educação e da Saúde), juntamente com o envolvimento das famílias e comunidade. Este é constituído pela Comissão de Coordenação (de âmbito nacional), que coordena cinco Subcomissões de Coordenação Regional (Norte, Centro, Lisboa e Vale do Tejo, Alentejo e Algarve). Cada Subcomissão supervisiona um determinado número de Equipas de Intervenção Local (ELI), das quais fazem parte técnicos das especialidades de medicina, enfermagem, psicologia, serviço social, terapia e educação especial. Por sua vez, as ELI's estão sediadas em Centros de Saúde, em instalações cedidas pelas Direções Regionais de Educação ou em Instituições Particulares de Solidariedade Social (IPSS's).

O SNIPI tem a missão de garantir a Intervenção Precoce na Infância (IPI) e a sua operacionalização pressupõe garantir um sistema de interação entre as famílias e as instituições de modo a que todos os casos sejam devidamente identificados e sinalizados, o mais brevemente possível. Neste sentido, deverão ser acionados os mecanismos essenciais à definição de um plano individual (Plano Individual de

Intervenção Precoce – PIIP) centrado nas necessidades das famílias, e que é elaborado por Equipas Locais de Intervenção (ELI), multidisciplinares e que representam todos os serviços que são chamados a intervir. O PIIP é concomitantemente um documento que permite estruturar toda a informação recolhida, registar todos os aspetos da intervenção bem como o processo que conduz à sua implementação. Este documento é executado em função do diagnóstico da situação, envolve a avaliação da criança nos seus contextos (familiar e outros) e circunscreve as medidas e ações a desenvolver. A adequada intervenção presume a articulação entre serviços e instituições, e é subscrito pelas famílias.

Neste sentido, o sistema de intervenção precoce deve convencionar a universalidade do acesso, a responsabilização dos técnicos e dos organismos públicos bem como a correspondente capacidade de resposta. Deste modo, é essencial incluir, tão precocemente quanto possível, nas determinantes essenciais relativas à família, os serviços de saúde, as creches, os jardins-de-infância e a escola.

2.2 Organização do SNIPI

O Sistema Nacional de Intervenção Precoce na Infância é constituído pelas Comissões de Coordenação Regional, pelas Subcomissões de Coordenação Regional, pelos Núcleos de Supervisão Técnica e pelas Equipas Locais de Intervenção.

De seguida, será elaborada uma caracterização acerca de cada uma delas.

2.2.1 Comissões de Coordenação Regional

As Comissões de Coordenação Regional são constituídas por representantes do Ministério da Solidariedade e da Segurança Social (MSS), do Ministério da Educação e Ciência (MEC) e do Ministério da Saúde (MS). Estas têm como principal objetivo garantir a articulação das ações desenvolvidas ao nível de cada ministério.

Essencialmente, compete às Comissões de Coordenação Regional: acompanhar, regulamentar e avaliar o funcionamento do SNIPI; delimitar critérios de elegibilidade das crianças, instrumentos de avaliação e procedimentos; executar o plano anual de ação e instituir objetivos a nível nacional; produzir um guia nacional de recursos; conceber uma

base de dados nacional, com vista à centralização da informação pertinente relativa às crianças acompanhadas pelo SNIPI; fomentar a formação e a investigação no âmbito da IPI; apresentar aos membros do Governo responsáveis pelas áreas da solidariedade social, da saúde e da educação, relatórios anuais de atividade e proceder a uma avaliação bianual do SNIPI.

2.2.2 Subcomissões de Coordenação Regional

Existem cinco subcomissões de coordenação regional: Subcomissão Regional Centro, Subcomissão Regional Norte, Subcomissão Regional Lisboa e Vale do Tejo, Subcomissão Regional Alentejo e Subcomissão Regional Algarve. Estas são constituídas por profissionais designados pelos Ministérios da Solidariedade e Segurança Social, da Educação e Ciência e da Saúde.

Fundamentalmente, compete a cada uma das subcomissões: ajudar a Comissão de Coordenação do SNIPI e transmitir as suas orientações aos profissionais que compõem as Equipas Locais de Intervenção (ELI); proceder à recolha e atualização contínua da informação disponível e ao levantamento de necessidades da Região, cooperando com a base de dados nacional; planificar, organizar e articular a ação desenvolvida com as equipas locais de intervenção e os núcleos de supervisão técnica; eleger o elemento coordenador de cada ELI e incorporar/acompanhar os núcleos de supervisão técnica de dimensão distrital.

2.2.3 Núcleos de Supervisão Técnica

Os Núcleos de Supervisão Técnica são constituídos por profissionais das várias áreas de intervenção do MSSS, MS e MEC com formação e reconhecida experiência na área da IPI e têm como objetivo primordial acompanhar e supervisionar o trabalho das ELI no desenvolvimento das competências que lhes são atribuídas.

A atividade dos Núcleos de Supervisão Técnica desenvolve-se de acordo com os Planos de Ação das Subcomissões de Coordenação Regionais. Além disso, estes assumem-se como estruturas de apoio, quer às Subcomissões de Coordenação Regionais, quer às ELI.

No âmbito das funções de apoio prestadas às Subcomissões de Coordenação Regional, compete aos Núcleos de Supervisão Técnica: planificar, organizar e avaliar o funcionamento das ELI em articulação com a Subcomissão de Coordenação Regional e proceder à recolha e atualização contínua da informação disponível nas ELI e ao levantamento das necessidades na sua área de Intervenção.

Por outro lado, no âmbito das funções de apoio concebidas às Equipas Locais de Intervenção e à Comunidade, incumbe aos Núcleos de Supervisão Técnica: analisar e validar a aplicação dos critérios de elegibilidade de crianças referenciadas para as ELI; apoio e acompanhamento técnico ao trabalho desenvolvido pelas ELI; apoiar as ELI na adoção de um modelo de funcionamento transdisciplinar, fomentando uma dinâmica de partilha de saberes teóricos e teórico-práticos entre os vários profissionais; ajudar as ELI na articulação com as diversas entidades com aptidão em matéria de infância e juventude, no sentido de definir procedimentos e circuitos de sinalização e promover, em articulação com as ELI o diagnóstico de necessidades e de recursos da comunidade, de forma a estimular redes de suporte formais e informais.

2.2.4 Equipas Locais de Intervenção (ELI)

As Equipas Locais de Intervenção são constituídas por equipas transdisciplinares, com base em parcerias institucionais e envolvem vários profissionais, tais como, Educadores de infância de IP; Enfermeiros; Médicos de família/pediatras; Assistentes sociais; Psicólogos; Terapeutas, entre outros.

As Equipas Locais de Intervenção têm como funções: identificar as crianças e famílias elegíveis para o SNIPI; encaminhar crianças e famílias não elegíveis, mas carenciadas de apoio social; elaborar e executar o PIIP, em função do diagnóstico da situação; articular, sempre que se justifique, com as comissões de proteção de crianças e jovens, com os núcleos da saúde de crianças e jovens em risco ou outras entidades com atividades na área da proteção infantil; certificar, para cada criança, processos de transição adequados para outros programas, serviços ou contextos educativos e articular com os docentes das creches e jardins-de-infância em que se encontrem colocadas as crianças integradas em IPI.

3 Modelos de Referência em Intervenção Precoce

3.1 Modelo Ecológico do Desenvolvimento Humano de Bronfenbrenner

O Modelo Ecológico do desenvolvimento humano de Bronfenbrenner é o modelo mais complexo, pois, tenta explicar o desenvolvimento da criança, tendo em conta a sua interação com o ambiente e vice-versa, e o modo como essas interações afetam o seu desenvolvimento.

Assim, a ecologia do desenvolvimento humano, tem como objetivo compreender as relações dos indivíduos em desenvolvimento e o meio, bem como perceber até que ponto os fatores ecológicos afetam o comportamento (Bronfenbrenner, 1979). Segundo este modelo, o desenvolvimento humano pressupõe uma gradual e recíproca acomodação que vai sendo afetada pelas relações que se vão edificando entre os vários cenários² e os contextos mais abrangentes que envolvem esses mesmos cenários (Pimentel, 2005). Neste sentido, a abordagem ecológica do desenvolvimento humano, dá especial ênfase à interação do indivíduo e às influências sociais que este sofre. Portanto, a complexidade da cultura, da sociedade e da família, exercem influência no indivíduo, afetando-o quer nos seus pontos fortes, quer nos seus pontos fracos (Garbarino, 1992).

Este modelo é uma referência no estudo de famílias com crianças que têm ou estão em risco de ter alterações ao nível do seu desenvolvimento, uma vez que, através dele é possível elaborar uma descrição das influências sofridas pelas famílias e as respetivas interações entre os diferentes sistemas, ao longo do tempo.

Na perspetiva de Bairrão (1994, p.42) o modelo ecológico do desenvolvimento humano é entendido como “o estudo do desenvolvimento da criança, como o resultado da interação entre essa criança ou aluno e os diferentes ecossistemas em que está inserida.” Portanto, os diversos contextos ou sistemas ecológicos que fazem parte deste modelo e onde o indivíduo se desenvolve encontram-se encaixados uns nos outros, como se de um conjunto de bonecas russas se tratasse (Bronfenbrenner, 1979). Assim,

² Um cenário é um local do meio ambiente, onde é possível estabelecer interação “cara a cara, por exemplo, a casa, o infantário, o grupo de jogo, a turma, o local de trabalho...” (Bronfenbrenner & Crouter, 1983, citado por Lópiz, 2000, p.217).

qualquer mudança que ocorra, num sistema, terá repercussões nos outros sistemas, o que poderá produzir alterações inesperadas.

Nesta linha, Bronfenbrenner (1979) desenvolveu um modelo **Figura 1** com base em níveis ou sistemas ecológicos: o **Microsistema**, o **Mesosistema**, o **Exossistema** e o **Macrossistema**.

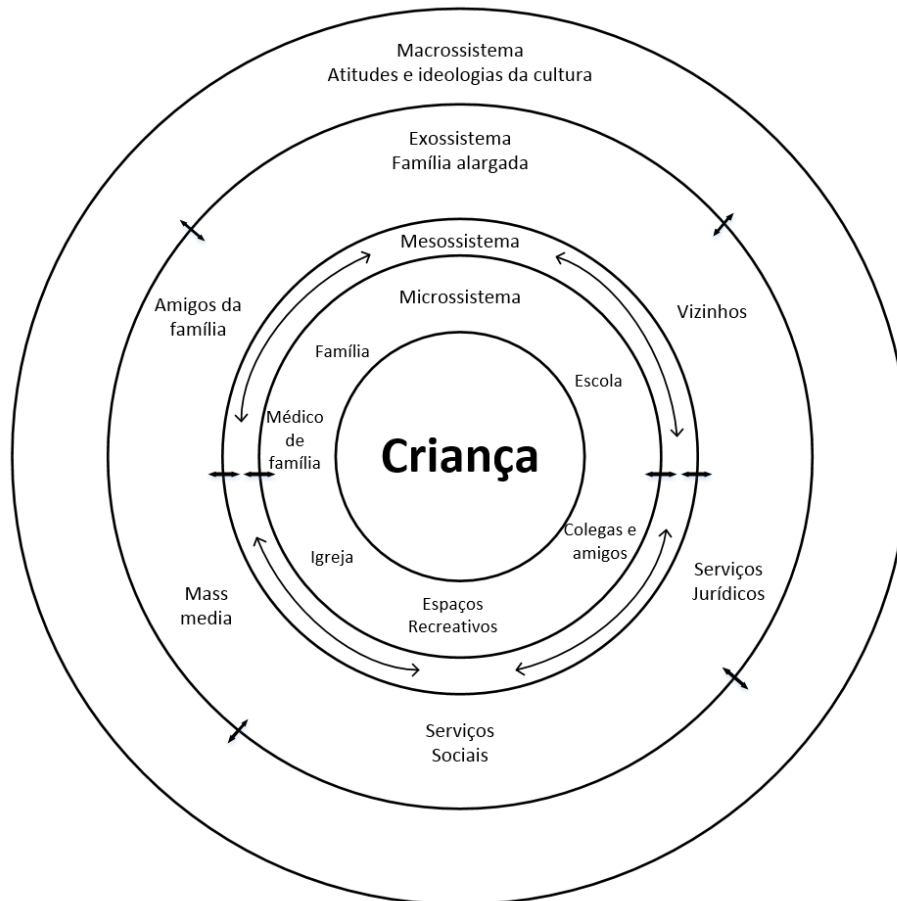


Figura 1 – Modelo Ecológico do Desenvolvimento Humano
(Adaptado por Serrano, 2007)

Neste sentido, o **Microsistema** diz respeito a um padrão de atividades, papéis sociais e relações interpessoais, experienciado pela pessoa em desenvolvimento num dado ambiente, face-a-face, que promove ou inibe o compromisso sustentado em atividades, progressivamente complexas, em interação com o ambiente. Aqui, são compreendidos, os cenários onde a criança passa períodos de tempo muito significativos e onde esta estabelece relações entre os elementos presentes nestes

mesmos cenários. Estes dizem respeito, por exemplo, aos diferentes elementos da família, aos colegas da creche ou do Jardim-de-infância, aos Educadores ou aos Assistentes Operacionais. Tal como refere Pereira (2002), a qualidade de um microsistema é decorrente da capacidade que o mesmo demonstra em prosperar e sustentar o desenvolvimento da criança.

O **Mesosistema** representa as interligações e os processos que ocorrem entre dois ou mais ambientes, onde a pessoa em desenvolvimento está inserida. É dada atenção especial aos efeitos sinérgicos criados pela interação (entre os ambientes), que pode ser promotora ou inibidora do desenvolvimento. Portanto, o mesossistema refere-se às relações estabelecidas entre os principais cenários frequentados pelo indivíduo, bem como às inter-relações aí existentes, de que são exemplo as relações pais-educadores; pais-vizinhos e pais-terapeutas.

Quanto mais rico for este sistema, ou seja, quanto maior for a qualidade das interações dos contextos, mais positiva será a sua influência no desenvolvimento da criança.

O **Exossistema** envolve as ligações e os processos que têm lugar entre dois ou mais ambientes, nos casos em que, pelo menos, um deles não contém a pessoa em desenvolvimento mas na qual ocorrem eventos que podem influenciar processos dentro do ambiente imediato que contém a pessoa. São exemplos de exossistemas, o local de trabalho dos pais e/ou a direção da escola.

O exossistema de uma criança poderá ser o microsistema dos seus pais e vice-versa (Pereira, 2002).

Por fim, o **Macrossistema** implica o sistema de valores, de crenças culturais ou ideologias de uma sociedade e é constituído por um conjunto de fatores mais abrangentes mas que influencia, de igual modo, cada um dos outros sistemas. Assim, se quisermos compreender os macrossistemas, só o podemos fazer, comparando-os.

O macrossistema pode ser visto como a arquitetura societal de uma cultura, subcultura ou outro contexto social maior, no qual estão incluídos os aspetos legislativos, políticos e a perceção que a sociedade tem sobre o indivíduo/criança.

Deste modo, as práticas de IP devem ter em linha de conta a pluralidade de contextos em que a criança e a sua família desenvolvem as suas rotinas diárias.

Os programas devem, assim, adaptar-se às características próprias de cada criança e respetiva família de modo a que a resposta dada seja a mais eficaz e adequada. Por sua vez, a intervenção deve ocorrer nos contextos de vida da criança, pelo que é relevante proceder-se a uma recolha de informação nos mesmos e a família deve estar no centro das preocupações inerentes à intervenção.

Em síntese, para que a intervenção seja eficiente é, fulcral, a adoção de uma perspetiva ecológica, que tenha em consideração a complexidade das interações.

3.2 Modelo Transaccional do Desenvolvimento

Segundo o modelo transaccional do desenvolvimento, proposto por Sameroff & Chandler (1975) as características do indivíduo e do meio são elementos indissociáveis e interdependentes e, como tal, o desenvolvimento da criança é resultado de interações contínuas e dinâmicas entre esta e as experiências proporcionadas pela sua família e pelo meio onde se encontra inserida, ao longo do tempo.

Sameroff e Fiese (2000, *cit. in* Pimentel, 2005, p. 142) clarificaram esta relação entre a criança e o seu contexto ao mencionarem que: "No modelo transaccional, o desenvolvimento da criança é visto como o produto das interações contínuas e dinâmicas da criança e da experiência providenciada pela sua família e contexto social. O que é inovador no modelo transaccional é a igual ênfase posta nos efeitos da criança e do ambiente, de tal forma que as experiências proporcionadas pelo ambiente não são encaradas como independentes da criança. A criança pode ter sido um forte determinante das experiências atuais, mas o desenvolvimento não pode ser sistematicamente descrito sem uma análise dos efeitos do ambiente na criança."

Para Meisels e Shonkoff (2000), a adoção deste modelo, demanda o reconhecimento de que os fatores ambientais podem modificar lacunas biologicamente determinadas e, que a etiologia ambiental pode ter influência na vulnerabilidade do desenvolvimento.

A **Figura 2** ilustra um exemplo concreto do modelo transaccional.

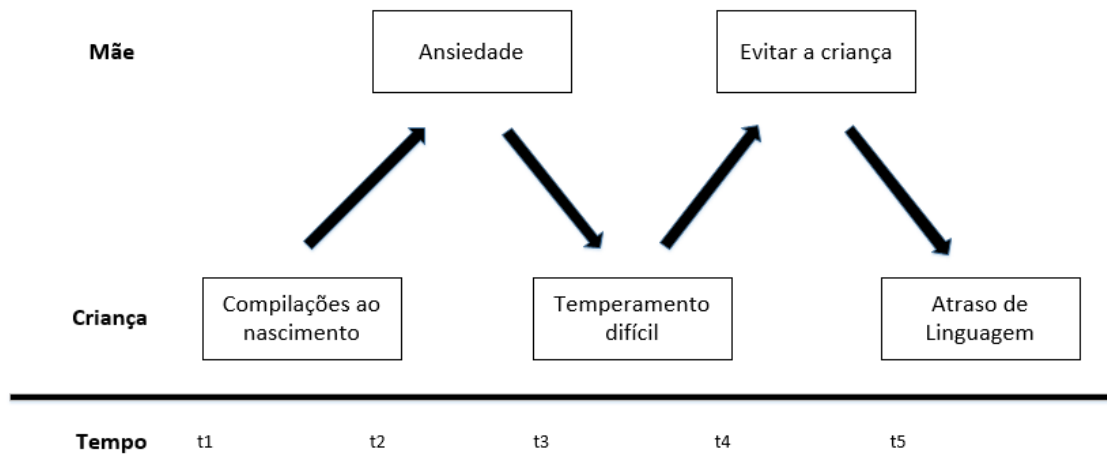


Figura 2 – Processo Transaccional

Através da observação desta figura, pode-se depreender, por exemplo, que um parto complicado pode ter causado ansiedade na mãe. Essa ansiedade pode ter levado a que a mãe tivesse alguns comportamentos pouco adequados na interação com a criança, e esta, como resposta a este facto desenvolveu algumas irregularidades que fizeram com que apresentasse um temperamento difícil. Deste modo, a mãe ficou inibida em relação à satisfação proporcionada na interação com o seu filho, evitando-o e, assim, esta falta de interação deu origem a um atraso de linguagem.

De acordo com Sameroff e Fiese (2000), a implementação de estratégias de intervenção mais adequadas, depende de uma avaliação detalhada. Em alguns casos, o enfoque da intervenção é dado a pequenas mudanças de comportamento, ou seja, à remediação; noutros casos, o enfoque é colocado na redefinição da perceção dos pais, face à problemática do seu filho e, por último, a intervenção poderá centrar-se ainda na reeducação, ou seja, na melhoria das competências dos pais, para fazerem face a uma situação que é nova para eles.

Em síntese, o modelo transaccional é um forte contributo teórico para os programas de intervenção precoce, particularmente pela ênfase colocada na identificação de objetivos e estratégias de intervenção, mas também pela associação que efetua entre o comportamento e o desenvolvimento do indivíduo com o seu contexto social.

4 A Família como Contexto e Sistema de Intervenção Precoce

4.1 Conceito de Família

Etimologicamente, perduram dúvidas quanto à origem da palavra família. Houve quem afirmasse que esta vem do latim *fames* (“fome”) e quem asseverasse que deriva do termo *famulus* (“servente”). Por isso, acredita-se que, originariamente, o conceito de família era usado para fazer alusão ao conjunto de escravos e criados enquanto propriedade de um só homem.

Contudo, foi no direito romano clássico que a família ganhou importância. Esta era considerada como sendo um conjunto de pessoas, formado pelos cônjuges e seus filhos, baseada no casamento e no vínculo de sangue, com uma estrutura patriarcal na qual várias pessoas se encontravam sob a autoridade do mesmo chefe.

No entanto, na Idade Média as pessoas começaram a formar novas famílias, das quais faziam parte também a descendência gerada que, desta forma, tinha, por sua vez, duas famílias, a paterna e a materna. A família não era vista como um local de afetividade mas sim como um espaço de entreajuda, que tinha como objetivo primordial, a sobrevivência (Sebastião, 1998). Porém, no final do século XVIII, começou a dar-se mais importância aos sentimentos e aos afetos, o que originou uma melhoria significativa nas relações entre mães e filhos e um consequente envolvimento de toda a família.

Atualmente, na sociedade contemporânea, a família apresenta um lugar privilegiado junto da criança, uma vez que o núcleo familiar é considerado como sendo o primeiro mediador de socialização, assim, a família representa um grupo social primário que influencia e é influenciado por outras pessoas e instituições.

A família é o primeiro espaço onde a criança se integra e onde vai estruturar a sua personalidade. É a primeira Instituição Social que assegura e responde a determinadas necessidades tais como amor, carinho, afeto, alimentação, proteção e socialização, sendo um sistema que muda em função do espaço e do tempo (Relvas, 1996).

Neste sentido, Szymanski (1992, cit. In Martins & Szymanski, 2004, p. 178) mencionou que a família é “um grupo de pessoas que convivem entre si numa relação duradoura, ocupando o mesmo espaço físico e social, com um tipo especial de relações

interpessoais, com indivíduos que se respeitam, mantêm vínculos afetivos, em que as mães e pais educam os seus filhos conjuntamente, ou com pessoas que mantêm um cuidado com os membros mais novos ou mais idosos ou, ainda, cuidados mútuos entre si, independentemente dos parentescos.”

De acordo com os princípios do pensamento sistémico, pode-se afirmar que os membros de uma família estão relacionados uns com os outros. Uma família não pode ser compreendida isoladamente do resto do sistema, e o funcionamento e os mecanismos de *feedback* entre os seus membros são importantes no funcionamento do sistema familiar (Relvas, 1996).

4.2 Estrutura e Funções da Família

As diversas alterações que a família tem vindo a sofrer ao longo do tempo, são resultado das mudanças económicas, religiosas e socioculturais, características do contexto em que esta se encontra inserida. Neste sentido, pode-se referir que existem vários tipos de organização familiar: as *famílias nucleares* sem filhos biológicos, as famílias nucleares com filhos biológicos; as *famílias monoparentais*, quer sejam masculinas ou femininas (que estão a surgir em maior número na nossa sociedade); as *famílias reconstituídas* que são formadas a partir de situações de divórcio ou viuvez; as *famílias comunitárias*, nas quais todos os adultos que constituem o agregado familiar são responsáveis pela educação da criança; as *famílias alargadas* que abrangem, pelo menos, três gerações no sentido vertical (avós, pais, tios, netos) no mesmo agregado familiar, as *famílias adotivas*, as quais adotam crianças e/ou adolescentes; as *famílias arco-íris* que são constituídas por um casal ou pessoa sozinha homossexual e as *famílias de acolhimento* que acolhem crianças e adolescentes, como recurso às instituições de acolhimento. De facto, não existe um tipo de família modelo ou ideal (Relvas, 1996).

Relativamente à dinâmica e funcionamento familiar, as famílias podem ser consideradas como sendo funcionais quando não existem conflitos nem crises na dinâmica familiar e, assim, todos os membros trabalham ou estudam, existe harmonia com os vizinhos, boas condições no âmbito da habitação e higiene, e a situação económica é favorável. Por outro lado, as famílias podem ainda ser consideradas disfuncionais quando existem crises, acumulo de problemas de saúde, morte de um

membro, conflitos e discussões entre pais e filhos ou entre estes, más relações com os vizinhos, comportamento antissocial, higiene muito pobre, más condições habitacionais e baixos recursos económicos.

Por sua vez, as funções da família, regem-se por dois objetivos, sendo um de nível interno, como a proteção dos seus membros, e outro de nível externo, relacionado com as dimensões sociais, culturais e económicas do meio em que esta se insere. Neste sentido, a família deve responder às mudanças externas e internas de modo a atender às novas circunstâncias, proporcionando sempre um esquema de referência para os seus membros (Minuchin, 1990).

4.3 Importância do Envolvimento Parental em Intervenção Precoce

As formas de envolvimento parental e sua relevância têm vindo a sofrer alterações ao longo de décadas. Portanto, se numa primeira fase, os pais tinham um papel passivo, cabendo a responsabilidade em termos educacionais e terapêuticos dos seus filhos quase inteiramente aos profissionais, este facto foi sendo modificado devido a uma maior consciencialização, quer por parte dos profissionais, quer por parte dos pais, da necessidade de uma participação mais ativa destes nos programas educativos dos seus filhos. Assim, esse progressivo envolvimento dos pais culmina com aquilo que atualmente se denomina por práticas centradas na família. Portanto, as práticas de intervenção deixam de se centrar exclusivamente na criança como até aqui, para se centrarem na família, considerando-a como um recipiente de serviços, ou seja, é apresentando necessidades específicas que, uma vez, satisfeitas poderão de uma forma direta ou indireta ir ao encontro das necessidades de desenvolvimento do seu filho com NEE e/ou risco.

Neste sentido, a Intervenção Precoce não pode centrar-se unicamente na criança, tornando-se essencial e de extrema importância envolver a família em todo o processo de intervenção. É através das interações com os profissionais e com a família que a criança desenvolve laços emocionais, torna-se ser social e constrói o significado das suas ações, logo, uma intervenção adequada junto destas crianças exige uma capacidade do profissional de tomar atenção à família como um todo, e não olhar para a criança como isolada do seu contexto.

Os serviços de IP prestados às famílias devem ser baseados nos recursos formais e informais existentes na comunidade, de forma a capacitar e co-responsabilizar a família na satisfação das suas necessidades. Assim, uma intervenção que não tenha em conta a realidade de vida da família perde sentido em IP. Esta forma de intervenção pretende capacitar as famílias na tomada de decisão sobre o que consideram que deverão ser os serviços de IP para os seus filhos, bem como decidir sobre a forma como querem participar neste processo (Cruz, et al., 2003).

Num modelo centrado na família, os profissionais executam um papel importante na criação e manutenção das mudanças construídas na família, assumindo uma responsabilidade individual e uma possibilidade de fazer a diferença em cada família com que trabalham. Neste sentido, os serviços de IP devem ser estabelecidos no contexto de relações de suporte/apoio entre o profissional e a família, sendo que o processo de desenvolvimento de relações positivas entre técnicos e famílias pode ser, simultaneamente, complexo e compensador, assumindo tal processo um papel central em IP (Correia & Serrano, 1998).

Assim, o sucesso da intervenção está, internamente, relacionado com a qualidade da relação família – profissional. Desta forma, a existência de uma relação de colaboração pode melhorar a participação da família, uma vez que, esta se sente apoiada e compreendida. Por sua vez, esta compressão pode levar à existência de mudanças nas interações pais – criança e, conseqüentemente, no próprio desenvolvimento da mesma.

Capítulo 2 – Vulnerabilidade e Resiliência

O capítulo 2 pretende abordar os fatores de risco e os fatores de proteção, realça a importância da avaliação para que a intervenção seja eficaz, enquadra os conceitos de vinculação e resiliência como mediadores face à vulnerabilidade e retrata o conceito de criança em risco.

1 A Vinculação

A teoria da vinculação como formulação do desenvolvimento, baseado nas relações precoces, tem a sua origem em John Bowlby (1944).

John Bowlby (1944) definiu a vinculação como um tipo especial de relação social estabelecida entre a criança e o prestador de cuidados (figura primária de vinculação – o pai ou a mãe) que evolui ao longo do primeiro ano de vida.

Nesta linha, pode-se aludir que durante os primeiros tempos de vida, os seres humanos apresentam-se relativamente vulneráveis às condições do meio, em virtude da falta de experiência ou mesmo da imaturidade do próprio organismo. Os sinais de procura e conservação de proximidade funcionam como pedidos, que a figura materna interpreta e responde, de modo, a salvaguardar o bebé do perigo. Assim, tudo o que pode favorecer a proximidade e dá uma sensação de segurança pertence ao chamado comportamento de vinculação.

O sorriso e a vocalização, por exemplo, são comportamentos de sinalização do bebé que estão destinados a favorecer a proximidade e a informar a mãe do desejo de interação. Por outro lado, o choro leva a mãe a aproximar-se da criança e a efetuar atos que visam colocar fim a este comportamento. Mais tarde, juntam-se a estes comportamentos, o gatinhar e o agarrar-se (comportamentos de aproximação), que permitem à criança aproximar-se ou seguir a figura de vinculação. Portanto, qualquer comportamento que tenha como objetivo promover a proximidade com as figuras preferenciais e privilegiadas, pode ser considerado como um comportamento de vinculação.

Relativamente à figura de vinculação, pode dizer-se que é uma figura em direção à qual a criança irá dirigir o seu comportamento de vinculação. Assim, é suscetível de se tornar figura de vinculação, qualquer pessoa que responda facilmente aos sinais e aproximações do bebé e que mantenha com este uma interação social ativa e duradoura. Desta forma, podem existir múltiplas figuras de vinculação mas a criança vincula-se a uma delas em especial, em função dos cuidados que lhe são prestados e da qualidade dos mesmos. Portanto, apesar de poderem existir várias figuras de vinculação, a criança terá sempre uma figura de vinculação privilegiada.

Neste sentido, Ainsworth (1989) definiu quatro características que distinguem as relações de vinculação das outras relações sociais, que são a procura de proximidade, a noção de base de segurança, a noção de comportamento de refúgio e as reações marcadas perante a separação (involuntária).

1.1 Qualidade da Vinculação

De acordo com Soares (1996), para se alterar a consistência do padrão de vinculação, são necessárias vivências críticas relacionadas com a figura de apego materna ou mudanças sensíveis na qualidade dos cuidados prestados (e.g. regresso da mãe à atividade laboral) e no registo familiar (e.g. desemprego dos pais ou mudança de residência). Portanto, se as condições ambientais forem estáveis, os modelos elaborados tendem a favorecer um determinado padrão de organização. Contudo, os modelos representacionais são, constantemente, atualizados de acordo com as avaliações realizadas a partir das condições externas e das respostas obtidas.

Neste sentido, face a acontecimentos significativos, as expectativas da criança alteram-se e, por conseguinte, as suas respostas também se vão modificar e, por vezes, de modo tão intenso, que a qualidade da vinculação pode mudar – de formas seguras para tendências evitantes ou resistentes.

Por fim, para Sroufe (1985) a qualidade da vinculação é condicionada por fatores familiares e sociais. O desenvolvimento das relações desenrola-se num determinado contexto que tem uma história sobre um pano de fundo de interações, onde a criança tece a sua representação do mundo.

1.2 Vinculação e Vulnerabilidade

É irrefutável afirmar que as primeiras experiências sociais constituem um fator decisivo no desenvolvimento da criança. Neste sentido, o estudo dos fenómenos da interação mãe-filho em grupos de risco tem vindo a merecer um interesse cada vez maior, por parte dos autores, uma vez que, tais abordagens poderão possibilitar conhecer melhor estes grupos e compreender com maior exatidão a influência dos processos sociais e afetivos no desenvolvimento em circunstâncias adversas.

As investigações apontam para dificuldades da criança ao nível da vinculação quando exposta a situações de risco.

A vinculação está dependente da postura dos pais e da disponibilidade destes para aceitar e cuidar da criança e, como tal, quando esta desperta nos seus cuidadores comportamentos saudáveis consegue estabelecer uma relação segura de vinculação. Contudo, nem sempre tal acontece, uma vez que, existem pais que não conseguem estabelecer uma relação afetuosa com os seus filhos, provocando, deste modo, o aparecimento de uma vinculação insegura. Neste sentido, se a criança não conseguir estabelecer, na sua fase inicial de vida, uma relação saudável com as suas figuras de referência, onde predomine a confiança e a segurança para crescer de forma saudável e acreditar nos outros, muito hipoteticamente as relações que irá, futuramente, estabelecer irão refletir insegurança, medo e conflito interno.

Rosinha (2004), resumiu os contributos de vários autores acerca das consequências psicológicas referentes à insuficiência e ao rompimento de vínculos afetivos, aclarados na **Tabela 3**.

Autores	Contribuições
Ainsworth (1962)	Nos primeiros anos de vida: atraso na aparição da linguagem, regressão no domínio motor, emocional, esfinteriano, da linguagem e abstração; insuficiência intelectual diminuída; comportamento adesivo por parte da criança; predisposição para o desenvolvimento somático.
Bowlby (1981, 1982)	Sentimentos de angústia, vingança ou culpa; necessidade excessiva de afeto; diminuição da capacidade de concentração; apatia; intenso conflito interno, tristeza e atitudes sociais negativas; afetação dos processos intelectuais (linguagem e abstração); distúrbios da capacidade de estabelecimento de vínculos afetivos com outras crianças ou adultos; falta de confiança em si mesma; incapacidade no controlo dos impulsos; reações antissociais; distúrbios de personalidade; desenvolvimento de um falso self; falta de autoconfiança; depressão; desenvolvimento de uma personalidade delinquente.
Berger (1998)	Perturbações psicossomáticas; dificuldades de alimentação; dificuldades de linguagem; dificuldades ao nível da capacidade de representação, de simbolização e de elaboração do pensamento, afetando a capacidade de aprendizagem; ferida na autoestima; raiva ou vergonha; depressão e vazio.

Marcelli (1998)	Bloqueio no desenvolvimento afetivo e cognitivo; sintomatologia depressiva; dificuldades de adaptação à escola; perturbações do comportamento; episódio depressivo.
------------------------	---

Tabela 3 - Consequências de uma má vinculação

Através da leitura e análise deste quadro, fica-se com uma noção bastante elucidativa da necessidade iminente de ocorrer uma vinculação saudável entre os pais - filhos, sob pena de se comprometer um desenvolvimento harmonioso.

2 O Conceito de Criança em Risco

Desde o nascimento, os seres humanos são confrontados com o risco de morte, de abandono, de incapacidade, de problemas relacionais e, nesta sua eminente vulnerabilidade, a criança é o ser mais propenso a este risco devido à sua fragilidade (Biscaia, 2001).

Nos primeiros anos de vida, a criança é totalmente dependente dos pais e, como tal, estes são responsáveis pela satisfação das necessidades básicas da mesma. Contudo, se a satisfação das necessidades da criança for comprometida, nesse caso pode-se estar perante algum tipo de risco que vai influenciar o seu processo de desenvolvimento. Assim, de acordo com Bairrão (1994, p. 40), o conceito de criança em risco refere-se a todas as crianças que “devido à presença de alterações biológicas menos acentuadas, sociais e psicológicas, podem vir a atualizar ou a agravar situações que comprometem o seu desenvolvimento”.

Neste sentido, o conceito de criança em risco é na sua maioria utilizado para designar crianças que estejam em dificuldades ou com diversos problemas e que, em função dessa situação, o seu desenvolvimento biopsicossocial poderá ficar comprometido (Fonseca, 2004).

Por outro lado, Pianta e Walsh (1990, p. 17) referiram que a criança está em risco quando “partilha com um grupo uma determinada probabilidade de ocorrência futura de um determinado acontecimento ou de uma determinada evolução que é superior à população geral”. A título de exemplo, as crianças que durante a sua infância estão expostas a um ambiente de violência, poderão apresentar maiores probabilidades de no

futuro repetirem esses mesmos comportamentos violentos (Fonseca, 2004). Portanto, o indivíduo em risco é aquele que ainda não atingiu uma situação indesejada mas, relativamente, ao grupo a que pertence, apresenta uma maior possibilidade de atingir essa situação. Assim, as crianças com diversos problemas poderão apresentar, no futuro, mais dificuldades na sua adaptação à sociedade e serão também mais resistentes a qualquer intervenção desenvolvida (Fonseca, 2004).

2.1 Abordagem dos Fatores de Risco e dos Fatores de Proteção

2.1.1 Definição de Fatores de Risco

De acordo com Marcelli (1996, cit in Anaut, 2005, p. 32), os fatores de risco são “todas as condições existenciais na criança ou no seu meio ambiente que envolvem um risco de morbidade superior à que se observa na população em geral através de inquéritos epidemiológicos”. Assim, é essencial reconhecer os sinais de risco, uma vez que, só assim será possível prevenir e tratar os problemas que, eventualmente, possam surgir.

Do ponto de vista de Garmezy (1996, cit in Anaut, 2005, p. 32), “um fator de risco poderá ser um acontecimento ou uma condição orgânica ou ambiental que aumente a probabilidade da criança de desenvolver problemas emotivos ou de comportamento”.

Neste sentido, pode-se considerar “crianças em risco as crianças que, por um lado, apresentam disposições genéticas e de personalidades específicas e, por outro, vivem num contexto ambiental marcado pela pobreza, pela violência, pela inadequação das relações parentais, pela monoparentalidade” (Anaut, 2005, p.39).

Os fatores de risco podem ter etiologia genética ou biológica, uma base ecológica ou uma origem biossocial combinada, podem ainda ser traços e atributos individuais ou condições do meio.

As crianças em situação de risco, geralmente, podem vivenciar desigualdades sociais e, como tal, a sociedade não deve ficar alheia a estas questões e deve atuar no sentido de consciencializar os pais para a importância da sua função no desenvolvimento harmonioso da criança. É, deste modo, importante desenvolver as

competências individuais e sociais da criança e sua família, realçando nela os seus pontos fortes e capacitando-a com resiliência.

2.1.2 Definição de Fatores de Proteção

Segundo Rutter (1990, cit in Anaut, 2005, p.51), “os fatores de proteção modificam a reação à situação que apresenta o risco, ao reduzir o efeito do risco e as reações negativas em cadeia. Assim, as investigações sobre os fatores de proteção mostram que a proteção resulta, por um lado das variáveis genéticas e constitucionais, das disposições e características da personalidade, dos suportes do meio (familiar e extrafamiliar) mas também da disponibilidade, da acessibilidade e da qualidade dos suportes sociais”.

Deste modo, pode-se considerar como fatores de proteção as características individuais e ambientais que melhoram ou potenciam a resposta positiva do indivíduo a fatores de risco ou situações de vida stressantes.

Seguidamente, é apresentada na **Figura 3** os principais fatores que favorecem a proteção, de acordo com os estudos de Garmezy e Masten (1991, cit in Anaut, 2005, p.52).

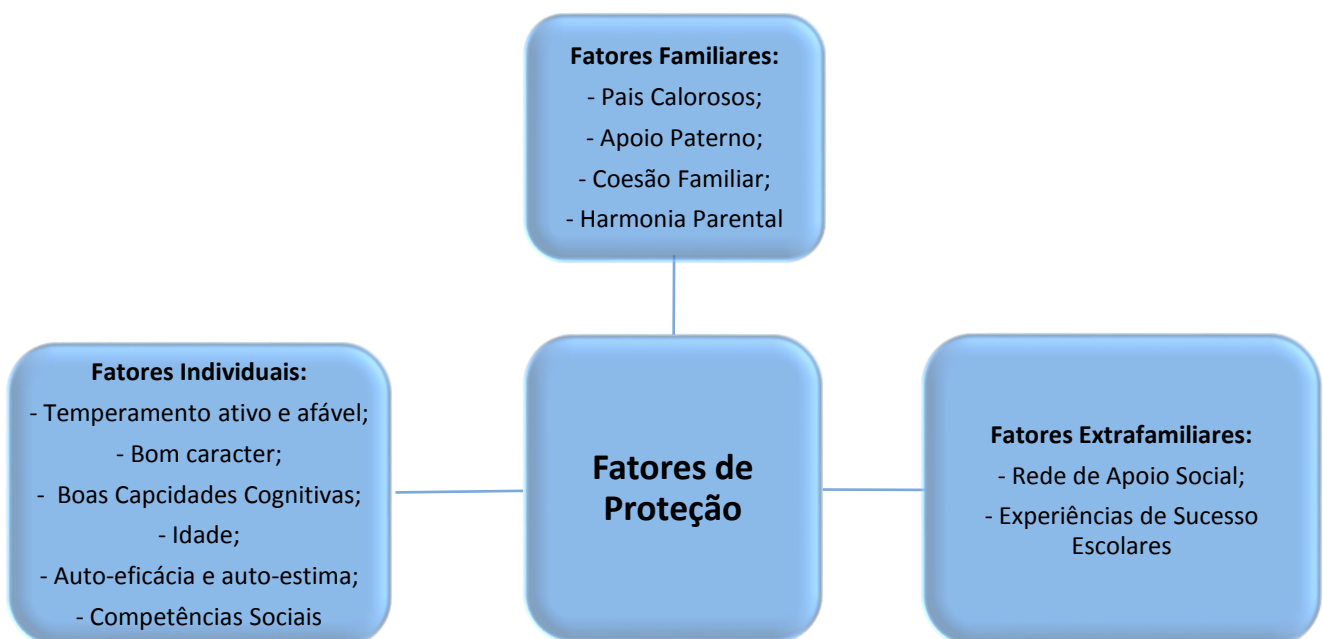


Figura 3 - Principais Fatores de Proteção

2.2 Avaliar para Intervir

A avaliação é um dos aspetos fulcrais em todo o processo de Intervenção Precoce.

Neste sentido, Bailey e Wolery (1992) sugeriram os seguintes objetivos, os quais são fundamentais no processo de avaliação:

- Determinar a elegibilidade das crianças para os programas de Intervenção Precoce;
- Identificar objetivos de intervenção adequados, a nível desenvolvimental e funcional;
- Identificar os estilos únicos, as forças e estratégias de *coping* de cada criança;
- Identificar os objetivos das famílias em relação aos seus filhos e às suas próprias necessidades;
- Construir e reforçar o sentido de competência dos pais;
- Desenvolver uma perspetiva de avaliação partilhada e integrada acerca das necessidades da criança e da família;
- Criar um compromisso para os objetivos da intervenção;
- Avaliar a eficácia dos serviços para as crianças e as famílias.

Estes objetivos refletem uma perspetiva que envolve a família no processo de avaliação, tornando essa avaliação adequada a cada família e a cada criança, num determinado contexto.

Neste sentido, a avaliação em intervenção precoce, tal como é preconizada atualmente, deve ser centrada na família, na criança e nos seus contextos de vida (Bairrão, 1994).

Quando as características da família estão dentro dos níveis considerados como sendo normativos, pode-se referir que existe uma conexão com as expectativas em termos do desenvolvimento da criança, contudo, quando as características são hostis, os padrões de interação vão comprometer o desenvolvimento da criança (Krauss, 2000).

Assim, avaliação das necessidades individuais da família é fundamental, pois, permite realizar uma seleção mais cuidadosa e adequada da intervenção ou sinalização para os serviços de intervenção precoce. Deste modo, os profissionais de intervenção precoce ao conduzirem o seu trabalho para as necessidades e preocupações da família,

podem estabelecer com esta, uma relação de confiança e de colaboração, ajudando-a a atingir os seus objetivos.

2.3 Resiliência

A origem do conceito de resiliência encontra-se na expressão latina *resilire*, que significa saltar para trás, voltar, ser relançado e remete para a ideia de elasticidade e de rápida capacidade de recuperação.

Rutter (1987) foi um dos pioneiros no estudo da resiliência no campo da psicologia e mencionou que esta pode ser vista como a competência e a capacidade de adaptação do indivíduo, que lhe permite superar com sucesso o stress e a adversidade.

Por sua vez, Flach (1988) referiu-se à resiliência como o conjunto de forças biológicas e psicológicas que seriam necessárias para responder com sucesso às situações de mudança no processo de aprendizagem.

Junqueira e Deslandes (2003), a partir de uma revisão crítica que realizaram acerca das publicações sobre resiliência do final dos anos 1990, verificaram que o conceito não apresentava uma definição consensual. Contudo, as autoras consideraram a resiliência como a capacidade do sujeito, em determinados momentos e de acordo com as circunstâncias, lidar com a adversidade não sucumbindo a ela.

Nos estudos realizados com crianças e jovens, a resiliência, foi comumente definida como a capacidade destes, quando expostos a fatores de risco, ultrapassarem esses riscos, adaptando-se positivamente (Rak & Patterson, 1996). À medida que os estudos nesta área progrediram, os investigadores constataram que a resiliência poderia derivar, muitas vezes de fatores exteriores. Assim, as concepções acerca da resiliência foram-se alterando ao longo do tempo.

Em suma, é consensual que a resiliência é complexa de medir e, para se poder identificar, requer que tenha havido exposição a um risco significativo, que o risco ou a adversidade tenham sido vencidos e que o sucesso tenha acontecido para além das expectativas previsíveis.

“Uma pancada do destino é uma ferida que se inscreve na nossa história, não é um destino” (Cyrulnik, 2001, p. 27).

Capítulo 3 – Crescer, Ser e Pertencer: A Proteção dos Direitos das Crianças

Neste capítulo é abordada a Convenção dos Direitos da Criança e sua elevada importância, com enfoque no princípio do interesse superior da criança. Além disso, é, de igual modo, elaborada uma análise referente à Lei de Proteção de Crianças e Jovens em Perigo, na qual, são salientados os artigos de maior relevância. Por fim, é realizada uma caracterização das Comissões de Proteção de Crianças e Jovens, na sua generalidade.

1 A Convenção dos Direitos da Criança e o Princípio do Interesse Superior

Os direitos aclamados na Convenção dos Direitos da Criança são resultado de um demorado processo que se iniciou em 1924, com a Declaração de Genebra e que prosseguiu com a Declaração dos Direitos da Criança em 1959.

A Convenção representa o início de uma nova fase, uma vez que, é considerada como sendo o “ (...) primeiro instrumento de direito internacional a conceder força jurídica internacional aos direitos da criança” (Albuquerque, 2000, p. 33).

A Convenção é o tratado que tem o maior número de ratificações, de entre os tratados sobre os direitos humanos, e “ (...) implicou um conjunto de alterações importantes para o grupo social da infância, nomeadamente a substituição da conceção tradicional de proteção pelo conceito de participação, reconhecendo às crianças direitos semelhantes aos dos adultos”. (Tomás, 2007, p. 123). Assim, a Convenção está estruturada em “quatro pilares: a não discriminação, a salvaguarda do interesse superior da criança, o acesso a serviços básicos e à igualdade de oportunidades e o respeito pela opinião da criança” (Sarmiento e Veiga, 2010, p. 19-20).

No entanto, a miséria, vivenciada por um número significativo de crianças no Mundo, revela o quão são postos de lado os princípios inerentes à Convenção. Estes são limitados por interesses de índole económica, política, cultural e individual, por exemplo, que são alienados ao bem-estar, ao desenvolvimento e, conseqüentemente, ao interesse superior da criança.

Relativamente ao interesse superior da criança, o artigo 3º da Convenção dos Direitos da Criança menciona que “Todas as decisões relativas a crianças, adotadas por instituições públicas ou privadas de proteção social, por tribunais, autoridades administrativas ou órgãos legislativos, terão primacialmente em conta o interesse superior da criança” (CDC, 1989, art. 3.º, n.º 1).

Nesta perspetiva, o interesse superior da criança é aludido por Delgado (2006, p.131) como um conceito de carácter subjetivo e sujeito a determinados fatores, tais como “a época, o contexto sociocultural em que a criança se integra, a sua experiência e discernimento”. O autor referiu, ainda, que este tem que ser definido em função da situação em causa e tendo como variáveis de decisão os desenvolvimentos e os

desfechos possíveis e, como tal, a criança não pode ser excluída do processo e a sua participação é imperativa, assim que a sua idade o possibilite.

Nesta linha de pensamento, é possível referir que o interesse superior da criança é nada mais, nada menos do que a satisfação e concretização absolutas dos seus direitos.

2 A Proteção das Crianças em Portugal

2.1 Lei de Proteção de Crianças e Jovens em Perigo (LPCJP)

A Lei de proteção de crianças e jovens em perigo - Lei n.º 147/99, de 1 de Setembro, pretende proteger os direitos das crianças cujos pais, representantes legais ou quem tenha a guarda de facto, se revelem capazes de comprometer a sua saúde, o seu desenvolvimento e educação, ou incapazes de as proteger face a perigos colocados por terceiros ou pelas próprias crianças. Neste sentido, visa colmatar ou compensar e retificar a inaptidão parental que coloque em risco as crianças.

No seu artigo 3º, capítulo I, menciona que a criança ou o jovem está em perigo quando se encontra numa das seguintes situações:

- Está abandonada ou vive entregue a si própria;
- Sofre maus-tratos físicos ou psíquicos ou é vítima de abusos sexuais;
- Não recebe os cuidados ou a afeição adequados à sua idade e situação pessoal;
- É obrigada a atividades ou trabalhos excessivos ou inadequados à sua idade, dignidade e situação pessoal ou prejudiciais à sua formação ou desenvolvimento;
- Está sujeita, de forma direta ou indireta, a comportamentos que afetem gravemente a sua segurança ou o seu equilíbrio emocional;
- Assume comportamentos ou se entrega a atividades ou consumos que afetem gravemente a sua saúde, segurança, formação, educação ou desenvolvimento, sem que os pais, o representante legal ou quem tenha a guarda de facto se lhes oponham de modo adequado a remover essa situação.

Estes problemas legitimam o processo de intervenção que tem como base um conjunto de princípios definidos no artigo quarto desta mesma lei. De acordo com Delgado (2006), o conjunto desses princípios e a sua articulação vai de encontro ao interesse superior da criança, tornando-se no seu objetivo último. Delgado (2006, p.149) agrupou os princípios da intervenção, classificando-os da seguinte forma:

Finalidade: interesse superior da criança;

Momento: intervenção precoce;

Medida: proporcionalidade e atualidade, privacidade;

Relação com a família: responsabilidade parental, prevalência na família;

Direitos processuais: obrigatoriedade da informação, audição obrigatória e participação;

Entidades competentes: intervenção mínima, subsidiariedade.

Estes princípios são orientadores da intervenção social, e da intervenção dos tribunais, e devem ser implementados nos processos das crianças e jovens em perigo de modo a que estes desfrutem dos seus direitos e, naturalmente, os vejam efetivados no seu quotidiano.

Nesta análise é também relevante mencionar quais são as medidas legais que podem ser adotadas para diligenciar os direitos da criança e do jovem, bem como a sua proteção. Estas são apresentadas, no preceito trigésimo quinto da lei, em dois grupos que se diferenciam pela permanência com estabilidade, ou não, da criança num meio familiar. Desta forma, estas medidas podem ser estruturadas da seguinte forma:

Meio natural de vida
Apoio Junto dos Pais
Apoio Junto de Outro Familiar
Confiança a Pessoa Idónea
Apoio para Autonomia de Vida
Adoção
Regime de Colocação
Acolhimento Familiar
Acolhimento em Instituição

Confiança a pessoa selecionada para adoção ou instituição com vista a futura adoção

Tabela 4 – Medidas de Promoção e Proteção

Por um lado, as medidas realizadas no meio natural de vida são prioritárias no processo de intervenção e visam asseverar a permanência da criança num meio familiar firme que mostre condições favoráveis ao seu desenvolvimento absoluto. Por outro lado, as medidas de colocação são medidas alternativas, sempre que possível de carácter temporário, e que apenas são ativadas quando se esgotam as possibilidades e os recursos que têm em vista a permanência da criança no seu meio natural de vida.

Nesta linha, segundo Guerra, (2003, p.65) “As medidas de promoção e proteção das crianças e jovens (...) foram pensadas tendo por referência o envolvimento da família, enquanto célula natural capaz de se reabilitar e da comunidade que deve encontrar nela própria as sinergias necessárias à proteção das suas crianças e jovens, envolvendo-se, de forma comprometida e integrada, na execução e eficácia das medidas”. Portanto, para que tal seja possível, a sociedade e o Estado devem disponibilizar os recursos técnicos e económicos capazes de responder às necessidades das famílias e comunidade, de modo, a efetivar os direitos das crianças e dos jovens.

Em relação à intervenção, esta deve ser direccionada e estruturada a partir de um conjunto de fases, constituídas por etapas, apresentadas seguidamente:

Fase I – Início: conhecimento da situação e abertura do processo;

Fase II – Instrução: desenvolvimento de ações de colheita e análise de informação para o conhecimento aprofundado da realidade em causa;

Fase III – Medida: análise e debate acerca da situação com definição da medida;

Fase IV – Acordo: celebração do acordo de promoção e proteção, após consentimento dos interessados, com medida e plano de intervenção;

Fase V – Execução: emprego do plano de intervenção e acompanhamento do processo;

Fase VI – Revisão: revisão oficiosa ou obrigatória do acordo, por modificação da situação ou por necessidade legal.

Estes procedimentos constituem-se como sendo obrigatórios no processo de promoção dos direitos e proteção das crianças e jovens em perigo. Neste sentido, através da conjugação da efetiva concretização destes procedimentos com uma atuação

integrada das entidades envolvidas, pode-se aumentar a possibilidade de ultrapassar a situação de perigo e, assim, cooperar para o desenvolvimento e o bem-estar das crianças e dos jovens. Deste modo, a problemática das crianças e dos jovens em perigo requer a formulação e implementação de políticas adequadas que vão de encontro aos seus interesses, ou seja, que legitimem os seus direitos, tornando-os efetivos.

A este propósito, Leandro (2001, p.104) referiu que “Só é possível a correta perceção das [suas] necessidades concretas (...) e a promoção e defesa efetiva dos seus direitos se as redes democráticas de poder e a forma democrática das estruturas organizacionais dos serviços públicos da sociedade civil estiverem suficientemente desenvolvidas, designadamente na comunidade local”.

Para concluir e de acordo com a realização de uma análise genérica acerca da Lei de Proteção de Crianças e Jovens em Perigo pode-se referir que as sociedades contemporâneas têm a missão de asseverar as condições necessárias para a promoção e efetivação dos direitos da criança. Deste modo, o Estado, as autoridades, as instituições públicas e privadas, os pais e os cidadãos são responsáveis pela proteção e pela preservação dos direitos da criança, ou seja, são responsáveis pelo seu desenvolvimento, pelo seu bem-estar e pela sua qualidade de vida.

2.2 A Comissão de Proteção de Crianças e Jovens (CPCJ)

O modelo de proteção de crianças e jovens em perigo, apela à participação ativa da comunidade, numa relação de parceria com o Estado, concretizada nas Comissões de Proteção de Crianças e Jovens (CPCJ), capaz de estimular as energias locais potenciadoras de estabelecimento de redes de desenvolvimento social. As Comissões de Proteção, criadas na sequência do Decreto - Lei nº 189/91 de 17 de Maio foram reformuladas e criadas novas de acordo com a Lei de Promoção e Proteção aprovada pela Lei nº 147/99, de 1 de Setembro.

Assim se definem as Comissões de Proteção de Crianças e Jovens como instituições oficiais não judiciárias com autonomia funcional que visam promover os direitos da criança e do jovem e prevenir ou pôr termo a situações suscetíveis de afetar a sua segurança, saúde, formação, educação ou desenvolvimento integral.

De acordo com o Decreto-Lei n.º 147/99 de 1 de Setembro, Capítulo I, Artigo 4.º, a intervenção para a promoção dos direitos e proteção da criança e do jovem em perigo obedece aos seguintes princípios:

Interesse superior da criança - a intervenção deve atender prioritariamente aos interesses e direitos da criança e do jovem;

Privacidade - a promoção dos direitos da criança e do jovem deve ser efetuada no respeito pela intimidade, direito à imagem e reserva da sua vida privada;

Intervenção precoce - a intervenção deve ser efetuada logo que a situação de perigo seja conhecida;

Intervenção mínima - a intervenção deve ser desenvolvida exclusivamente pelas entidades e instituições cuja ação seja indispensável à efetiva promoção dos direitos e à proteção da criança e do jovem em perigo;

Proporcionalidade e atualidade - a intervenção deve ser a necessária e ajustada à situação de perigo e só pode interferir na sua vida e na vida da sua família na medida em que for estritamente necessário a essa finalidade;

Responsabilidade parental - a intervenção deve ser efetuada de modo a que os pais assumam os seus deveres para com a criança e o jovem;

Prevalência da família - na promoção dos direitos e na proteção da criança e do jovem deve ser dada prevalência às medidas que os integrem na sua família ou que promovam a adoção;

Obrigatoriedade da informação - a criança e o jovem, os pais, o representante legal ou a pessoa que tenha a guarda de facto têm direito a ser informados dos seus direitos, dos motivos que determinaram a intervenção e da forma como esta se processa;

Audição obrigatória e participação - a criança e o jovem, bem como os pais, têm direito a ser ouvidos e a participar nos atos e na definição da medida de promoção dos direitos e proteção;

Subsidiariedade - a intervenção deve ser efetuada sucessivamente pelas entidades com competência em matéria de infância e juventude, pelas comissões de proteção de crianças e jovens e, em última instância, pelos tribunais.

A intervenção das comissões de proteção de crianças e jovens tem lugar quando não seja possível às entidades com competência em matéria de infância e juventude atuar de forma adequada e suficiente a remover o perigo em que se encontram.

Deste modo, a comissão de proteção funciona em modalidade alargada ou restrita, doravante designadas, respetivamente, de comissão alargada e de comissão restrita.

À **comissão alargada** compete desenvolver ações de promoção dos direitos e de prevenção das situações de perigo para a criança e jovem, nomeadamente:

Informar a comunidade sobre os direitos da criança e do jovem e sensibilizá-la para os apoiar sempre que estes conheçam especiais dificuldades;

Promover ações e colaborar com as entidades competentes tendo em vista a deteção dos factos e situações que afetem os direitos e interesses da criança e do jovem;

Colaborar com as entidades competentes no estudo e elaboração de projetos inovadores no domínio da prevenção primária dos fatores de risco, bem como na constituição e funcionamento de uma rede de respostas sociais adequadas.

Esta integra um representante do município; um representante da segurança social; um representante dos serviços do Ministério da Educação; um médico, em representação dos serviços de saúde; um representante das instituições particulares de solidariedade social ou de outras organizações não-governamentais que desenvolvam, na área de competência territorial da comissão de proteção, atividades de carácter não institucional, em meio natural de vida, destinadas a crianças e jovens; um representante das instituições particulares de solidariedade social ou de outras organizações não-governamentais que desenvolvam, na área de competência territorial da comissão de proteção, atividades em regime de colocação institucional de crianças e jovens; um representante das associações de pais; um representante das associações ou outras organizações privadas que desenvolvam, atividades desportivas, culturais ou recreativas destinadas a crianças e jovens; um representante das associações de jovens ou um representante dos serviços de juventude; um ou dois representantes das forças de segurança, conforme na área de competência territorial da comissão de proteção existam apenas a Guarda Nacional Republicana ou a Polícia de Segurança Pública, ou ambas; quatro pessoas designadas pela assembleia municipal de entre cidadãos eleitores preferencialmente com especiais conhecimentos ou capacidades para intervir

na área das crianças e jovens em perigo e os técnicos que venham a ser cooptados pela comissão, com formação, designadamente, em serviço social, psicologia, saúde ou direito, ou cidadãos com especial interesse pelos problemas da infância e juventude.

À **comissão restrita** compete intervir nas situações em que uma criança ou jovem está em perigo, nomeadamente: atender e informar as pessoas que se dirigem à comissão de proteção; apreciar liminarmente as situações de que a comissão de proteção tenha conhecimento; proceder à instrução dos processos; decidir a aplicação e acompanhar e rever as medidas de promoção e proteção.

A comissão restrita é composta sempre por um número ímpar, nunca inferior a cinco dos membros que integram a comissão alargada, sendo membros por inerência o presidente e os representantes do município e da Segurança Social.

As Comissões de proteção são acompanhadas, apoiadas e avaliadas pela Comissão Nacional de Proteção das Crianças em Risco.

As medidas de promoção e de proteção são executadas no meio natural de vida ou em regime de colocação, consoante a sua natureza, e podem ser decididas a título provisório.

As comissões de proteção são competentes na área do município onde têm sede. Nos municípios com maior número de habitantes, podem ser criadas, quando se justifique mais do que uma comissão de proteção com competência numa ou mais freguesias.

Qualquer pessoa que tenha conhecimento de situações que ponham em perigo a segurança, saúde, formação, educação ou desenvolvimento da criança e do jovem, pode comunicá-las às entidades com competência em matéria de infância ou juventude, às entidades policiais, às comissões de proteção ou às autoridades judiciárias.



Parte II – Estudo Empírico

Capítulo 1 – Desenho da Investigação

Este capítulo explicita a forma como o estudo empírico foi desenhado e implementado. Assim, faz referência à problemática existente; à questão de partida e hipóteses; objetivos gerais e específicos; ao contexto, população alvo e amostra em estudo; à metodologia de investigação utilizada bem como aos métodos que foram utilizados para a recolha dos dados e de que forma é que os dados recolhidos foram tratados.

1 Identificação do Problema

No período de 1930 a 1960, Piaget, com as suas observações cuidadosas e sistemáticas, trouxe o reconhecimento de que, no desenvolvimento da criança, os fatores biológicos e ambientais influenciam-se, mutuamente. Assim, os seres humanos continuam a desenvolver-se ao longo do ciclo vital e o desenvolvimento, normalmente, reflete uma combinação das duas forças.

Os mecanismos, através dos quais o ambiente atua, não podem ser descritos de uma forma tão precisa como os da hereditariedade e certas propensões genéticas e ambientais tendem a atuar na mesma direção.

Os fatores ambientais e biológicos têm efeitos transacionais no desenvolvimento e, como tal, a sua combinação torna possível a compreensão do mesmo. Portanto, existe uma bidireccionalidade entre fatores ambientais e biológicos, determinantes na gênese do desenvolvimento.

Por sua vez, o Modelo Transaccional entende o desenvolvimento infantil como um processo decorrente de interações contínuas, dinâmicas e bidirecionais, entre a criança e as experiências que lhe são proporcionadas pela família e pelo contexto social. Assim sendo, as situações de risco biológico e ambiental (capazes de afetar o desenvolvimento durante os primeiros anos de vida) podem ser atenuadas ou potencializadas pelas experiências de vida.

Nesta linha de pensamento, o problema que se propõe estudar/investigar prende-se com a combinação de fatores de risco biológico e fatores de risco ambiental e sua interferência no desenvolvimento integral e harmonioso da criança. Por outras palavras, pretende-se compreender se, por exemplo, o facto de uma criança ter nascido com algumas complicações e limitações, poderá afetar de tal modo o sistema familiar que, além, de esta se encontrar em risco biológico poderá também vir a estar em risco ambiental devido ao facto de, por exemplo, a mãe ser negligente ou de a família se encontrar em isolamento social. Por outro lado, compreender que influência o risco ambiental poderá ter sob o risco biológico, isto é, uma criança com algum atraso de desenvolvimento ao nascer e estar inserida num ambiente inibidor poderá regredir, gradualmente, até o seu crescimento não estar em concordância com os parâmetros definidos de acordo com a sua faixa etária. Por sua vez, uma criança dita normal, num

ambiente inibidor ou negligente (risco ambiental) poderá também desenvolver algum atraso de desenvolvimento.

2 Questão de Partida

A investigação obriga à formulação de questões, como ponto e base de partida, orientando uma busca e recolha de informação capaz de responder a todas as perguntas levantadas.

A pergunta de partida deve estabelecer uma conexão entre duas ou mais variáveis, deve ser clara e objetiva, deve ser suscetível de resolução, através da verificação das hipóteses e não deve representar valores morais e/ou éticos (Tuckman, 2002).

Neste sentido, a investigação realizada foi orientada de modo a responder à seguinte questão de partida:

Qual o impacto da combinação de fatores de risco biológico e fatores de risco ambiental no desenvolvimento integral da criança?

2.1 Questões Orientadoras

Com base na questão de partida supracitada, formularam-se as seguintes subquestões de investigação:

Será que os fatores de risco ambiental podem ter influência sob os fatores de risco biológico?

Os fatores de risco biológico, por sua vez, poderão ter influência sob os fatores de risco ambiental?

3 Hipóteses

“Uma hipótese é uma sugestão de resposta para o problema (...)” (Freixo, 2012, p.193).

Deste modo, as hipóteses são elementos úteis para fundamentar o estudo e conferir-lhe uma orientação e devem ser verificáveis, ou seja, devem conter variáveis que sejam observáveis, mensuráveis e que possam ser analisadas (Freixo, 2012).

Neste sentido e tendo por base a questão de partida supramencionada, formulam-se as seguintes hipóteses:

H1 – A presença de fatores de risco biológico tem influência no aparecimento de fatores de risco ambiental;

H2 – A presença de fatores de risco ambiental tem influência sob o surgimento de fatores de risco biológico;

H3 – A combinação de fatores de risco biológico e ambiental leva a que a criança apresente níveis de funcionalidade com maior comprometimento;

H4 – Crianças sem fatores de risco associados, devido à adversidade de experiências vividas, podem apresentar perturbação de desenvolvimento;

4 Objetivos Gerais e Objetivos Específicos

4.1 Objetivo Geral

Tendo por base o enquadramento conceptual da problemática em questão, enuncia-se o seguinte objetivo geral:

- Conceber um estudo acerca do impacto e repercussões da combinação de fatores de risco biológico e fatores de risco ambiental no desenvolvimento da criança.

4.2 Objetivos Específicos

São objetivos específicos deste trabalho:

- Atestar que os fatores de risco biológico influenciam os fatores de risco ambiental;
- Demonstrar que os fatores de risco ambiental influenciam os fatores de risco biológico;
- Elaborar um estudo de caso;
- Ostentar que a combinação de fatores de risco, quer ambientais, quer biológicos, comprometem o desenvolvimento harmonioso da criança;

- Enfatizar a relevância da deteção precoce das perturbações e atrasos de desenvolvimento, assumindo-se uma perspetiva ecológica, transaccional e cumulativa.

5 Contexto, População Alvo e Amostra

5.1 Contexto

O estudo empírico foi realizado na Comissão de Proteção de Crianças e Jovens de São João da Madeira, distrito de Aveiro.

Assim, torna-se pertinente elaborar uma breve caracterização acerca desta CPCJ. Neste sentido, pode-se referir que a Comissão de Proteção de Crianças e Jovens de São João da Madeira foi instalada no ano de 1993, por portaria conjunta do Ministério da Justiça e da Solidariedade Social com o n.º 1119/ 93, publicada em Diário da República n.º 257 de 01/12/1993. Já no ano de 2000, a CPCJ de São João da Madeira foi reorganizada em Comissão de Proteção de Crianças e Jovens em Perigo, através da portaria n.º 1226/AT, com publicação em Diário da República n.º 300 de 30/12/2000. Durante 14 anos, a CPCJ de São João da Madeira, funcionou nas instalações da Câmara Municipal de São João da Madeira, contudo, no dia 16 de Maio de 2008, esta, inaugurou as suas instalações próprias. De modo a impulsionar a sua modalidade alargada e a convite da Comissão Nacional de Crianças e Jovens em Risco, a CPCJ de São João da Madeira, aderiu ao projeto “Tecer a prevenção”. O diagnóstico realizado através da consulta de dados existentes, da auscultação da comunidade bem como através do autodiagnóstico da CPCJ, permitiu a elaboração do Plano Local de Promoção e Proteção dos Direitos da Criança, a diligenciar no período de tempo de 2014-2016, que assenta em 4 prioridades estratégicas: diagnóstico Local; negligência; comportamentos de risco adotados pelas crianças e jovens e promoção dos Direitos das Crianças. Assim nasceu o PLPPDC – Plano Local de Promoção e Proteção dos Direitos da Criança, no concelho de São João da Madeira, intitulado “Abraça-me, não me magoes!”.

De acordo com o Relatório de Atividade 2014, elaborado por esta CPCJ, 15 elementos constituem a comissão alargada e 8 elementos a comissão restrita; há um total de 120 processos ativos; as principais entidades sinalizadoras são as forças

policiais, seguidas dos estabelecimentos de ensino e dos estabelecimentos de saúde; as principais problemáticas identificadas prendem-se, maioritariamente, com a violência doméstica, e com a negligência e, por fim, as medidas de promoção e proteção mais aplicadas foram “Apoio junto dos pais”.

Por sua vez, a cidade de São João da Madeira constitui-se como sendo o concelho mais pequeno do país, pois, tem uma só freguesia e 21 lugares, pertence ao distrito de Aveiro, encontra-se rodeada a noroeste, norte, nordeste por Santa Maria da Feira, e a sudeste, sul e sudoeste por Oliveira de Azeméis. Situa-se a 40 km da cidade de Aveiro e a 32 km da cidade do Porto.

São João da Madeira é uma cidade que ocupa um lugar importante no mapa empresarial português, uma vez que, é conhecida como a “capital do calçado e do chapéu” e possui uma grande diversidade empresarial, como a indústria dos chapéus, calçado, camisas, lápis, guarda-chuvas, fundição, etiquetas, espumas e colchões. Esta foi também distinguida em diferentes estudos como das melhores cidades para se viver tendo, inclusive, conquistado em 2010 o 1.º lugar num estudo efetuado pelo Instituto de Tecnologia Comportamental.

Entre as prioridades da ação da Câmara Municipal de São João da Madeira estão sempre as escolas, colocadas ao nível das melhores do País; a criação de novos espaços desportivos e culturais; a aposta no empreendedorismo; intensificação da rede de acessibilidades, seja no sentido físico, seja no sentido tecnológico e a criação da Sanjonet, uma rede municipal de internet sem fios gratuita, que faz desta cidade o primeiro município *wireless* do País

Em relação à população pode-se referir que, comparativamente, com os resultados de 2001, os resultados dos Censos de 2011 revelam que a população residente em S. João da Madeira aumentou, bem como o número de famílias, alojamentos e edifícios.

5.2 População Alvo

A população alvo referente ao estudo diz respeito a crianças com processo de promoção e proteção na CPCJ de São João da Madeira, com idades compreendidas entre

os 0 e os 6 anos de idade e elegíveis para intervenção do Sistema Nacional de Intervenção Precoce, mais propriamente da Equipa Local de Intervenção.

5.3 Amostra

“Uma amostra é constituída por um conjunto de sujeitos retirados de uma população, consistindo a amostragem num conjunto de operações que permitem escolher um grupo de sujeitos ou qualquer outro elemento representativo da população estudada” (Freixo, 2012, p. 210-211).

Neste sentido, a amostra referente a este estudo é composta por duas crianças do sexo masculino, uma com 4 anos de idade e outra com 6 anos, com processo de promoção e proteção na CPCJ de São João da Madeira que usufruem, simultaneamente, de acompanhamento no âmbito da Intervenção Precoce pela Equipa Local de Intervenção. O método de amostragem utilizado foi a amostragem não probabilística por seleção racional, que consiste em selecionar determinados indivíduos em função da correlação entre as suas características típicas e os objetivos do estudo.

6 Metodologia de Investigação

A metodologia de investigação utilizada neste estudo diz respeito ao método descritivo que tem como objetivo descobrir e caraterizar os fenómenos, procurando descreve-los, classifica-los e interpreta-los. A realidade é interpretada sem ser modificada.

Os métodos descritivos têm vários tipos de procedimentos para obtenção de dados, dos quais, foi designado o estudo de caso para realização do presente estudo empírico.

O estudo de caso é uma metodologia de investigação, peculiarmente, adequada quando se procura compreender, explorar ou descrever acontecimentos e contextos complexos, nos quais estão, concomitantemente, envolvidos fatores. Assim, o estudo de caso é um método específico de pesquisa que permite compreender o objeto em estudo e ao mesmo tempo desenvolver teoria mais genéricas a respeito dos aspetos característicos do fenómeno observado (Fidel, 1992).

Neste sentido, e tendo em linha de conta a especificidade e complexidade do objeto em estudo e, uma vez que se pretende analisar em profundidade a realidade social, o estudo de caso constitui-se como sendo o método apropriado a aplicar.

6.1 Método de Recolha de Dados

Para recolha de informação, foram utilizados como métodos de recolha de dados a análise documental e a entrevista semi-estruturada.

Em relação à análise documental, esta foi realizada em sede da CPCJ de São João da Madeira através da consulta dos processos de promoção e proteção referentes às crianças que constituem a amostra. Com a consulta dos referidos processos foi possível obter informação através da leitura e análise de documentos e relatórios médicos e clínicos, relatórios e documentos educativos, minutas de reuniões, registos de atendimentos e relatórios elaborados pelas entidades que acompanham estas crianças e suas famílias.

Relativamente à utilização da entrevista semi-estruturada, esta foi efetuada com recurso a um guião³, previamente, elaborado e constituído, maioritariamente, por questões de resposta fechada, de modo a se obter uma resposta mais direta e concreta mas também por questões de resposta aberta, pois requeriam a opinião do entrevistado. Assim, foram realizadas duas entrevistas às técnicas da CPCJ de São João da Madeira que gerem os processos de promoção e proteção relativos às crianças que constituem a amostra. De salientar ainda que estas entrevistas foram realizadas em sede desta comissão, em dias distintos e tiveram a duração aproximada de 45 minutos cada uma. As técnicas foram contactadas para a realização da entrevista através de contato pessoal e contato via correio eletrónico.

As entrevistas semi-estruturadas, apesar do guião elaborado pelo entrevistador, permitem que o entrevistado tenha alguma liberdade para desenvolver as respostas segundo a direção que considere adequada, explorando, de uma forma flexível e aprofundada, os aspetos que considere mais relevantes (Quivy et al, 1992).

³ O Guião de Entrevista às Técnicas da CPCJ de São João da Madeira pode ser consultado no *Anexo I*.

6.2 Análise de Dados

De modo a analisar os dados obtidos através da investigação, foi utilizada a técnica de análise de conteúdo, uma vez que, esta técnica pode ser considerada como sendo privilegiada para tratar as informações recolhidas quando se pretende descrever um fenómeno social (Vala, 1986).

Na análise de conteúdo, procura-se “explicar e sistematizar o conteúdo da mensagem e o significado desse conteúdo, por meio de deduções lógicas e justificadas, tendo como referência a sua origem e o contexto da mensagem ou os efeitos dessa mensagem” (Oliveira et al., 2003, p. 3-4).

No presente estudo foi realizada uma análise de conteúdo categorial. Assim, no que diz respeito à definição de categorias, esta etapa deve ser considerada de grande relevância, pois, os estudos são mais produtivos se as categorias forem bem definidas, claras e adaptadas ao problema e ao conteúdo (Berelson, 1954). De salientar ainda que as categorias foram elaboradas após a recolha de informação. Para o efeito, foi utilizado o programa Excel do Microsoft Office 2013.

7 Ética na Investigação

A dimensão ética assume especial destaque na investigação com crianças, pois, não se pode deixar de salvaguardar os seus direitos. Assim, torna-se essencial pedir e obter permissão para entrar na vida das mesmas.

De acordo com estas preocupações éticas e dado o tempo restrito para a realização da dissertação de mestrado, optou-se por não se ter contato direto com as crianças e suas famílias e estudar o fenómeno de forma indireta através da análise documental e realização das entrevistas às gestoras dos processos, como já foi mencionado.

De salientar que, previamente, foi elaborado e entregue um ofício⁴ na CPCJ de São João da Madeira de modo a ser possível ter acesso e consultar os processos de promoção e proteção referentes às crianças que constituem a amostra.

⁴ O ofício está disponível para consulta no Anexo II.

Com o intuito de ressaltar a identidade das crianças e suas famílias e respeitando o direito à confidencialidade, os nomes utilizados são fictícios e determinados dados como, por exemplo, nomes de escolas ou certas entidades foram ocultados de modo a que não seja possível identificar os intervenientes.

Capítulo 2 – Apresentação e Caracterização dos Casos

Elabora um retrato acerca dos casos em estudo e, como tal, é realizada uma caracterização da família, da situação económica da mesma, do contexto habitacional em que esta se encontra inserida, da situação de saúde dos elementos do agregado familiar, do contexto escolar da criança e do motivo que levou à sinalização e abertura do processo de promoção e proteção e consecutivas medidas aplicadas.

1 História de Vida de “David Tavares”

David Sousa Tavares (nome fictício) é uma criança do sexo masculino, residente no concelho de São João da Madeira, nascido a 13-08-2010, portanto, tem, atualmente 4 anos de idade.

1.1 Sinalização

A sinalização foi realizada, pela CPCJ de Oliveira de Azeméis, no âmbito do processo já existente da irmã de David, devido ao facto de os progenitores não prestarem os cuidados básicos à criança, ou seja, serem negligentes.

1.2 A Família

Atualmente, este agregado familiar é constituído pelo David, pela sua mãe, pela sua irmã, pelo avô materno e pelo companheiro da mãe.

David surgiu do relacionamento de Maria com Diogo (nome fictício), pai de David, aos treze dias do mês de Agosto do ano de 2010 com 3.110kg, de parto normal. Maria e Diogo residiriam juntos com David e Rita durante algum tempo mas, no entanto, separaram-se, pois, Maria era vítima de maus tratos e Diogo estava, constantemente alcoolizado.

Diogo vai buscar David, todos os sábados e fica com ele das 11h00 até às 18h00. Maria não confia em Diogo para ficar com David durante a noite e, inclusive refere que a criança fica mais agitada e agressiva quando está com o pai.

A mãe de David a Sra. Maria (nome fictício), nascida a 30 de Novembro de 1976 (38 anos) é empregada fabril há 12 anos numa empresa que tem como atividade profissional a elaboração de assentos de automóveis, que se encontra localizada em São João da Madeira.

A irmã de David, Rita (nome fictício) nascida a 5 de Setembro de 2002 (12 anos) frequenta o 7º ano de escolaridade com currículo específico individual, numa escola situada em São João da Madeira. Rita não aceitou da melhor forma o nascimento do irmão, uma vez que, o via como uma ameaça e sentia ciúmes e, assim, vingava-se da

pior forma possível nele. Por exemplo, esta chegou mesmo a colocar um saco plástico na cabeça do irmão e queimou-o com uma lâmpada. Rita foi institucionalizada em 2011, pois, tinha falta de regras, instabilidade emocional e padecia de obesidade infantil. Aliado a estes fatores, a mãe não sabia interagir com Rita, não lhe colocava regras nem limites e era negligente ao nível das consultas que Rita precisava de frequentar devido a complicações de saúde. A própria mãe, inclusive, solicitou, junto dos técnicos da CPCJ que Rita fosse institucionalizada. Esta regressou a casa em 2014 e desde esse tempo até à atualidade, engordou 20kg, estando a pesar 82 kg e não tem cumprido as medidas apresentadas no processo de promoção e proteção (PPP), inclusive, foi alvo de um procedimento disciplinar, não é assídua e pontual e não obedece à mãe, apenas ao padrasto. Assim, a mãe expressou, novamente, vontade em que Rita seja outra vez institucionalizada. O pai de Rita, que não é o mesmo que David, faleceu em 2014, aos 42 anos, vítima de um AVC (Acidente Vascular Cerebral). Este nunca fez parte da vida de Rita.

O avô materno de David, o Sr. Manuel (nome fictício) nascido a 22 de Fevereiro de 1949 (66 anos) é viúvo e foi declarado inválido há 12 anos por ser diabético.

O companheiro da mãe, o Sr. Afonso (nome fictício) tem 35 anos e é operário fabril na mesma empresa que Maria. Este tem um filho de outro relacionamento e paga a respetiva pensão de alimentos mas, no entanto, não tem contato com o seu filho devido a desentendimentos com a mãe do mesmo.

Em termos gerais, esta família é considerada, pelos diversos técnicos, como sendo disfuncional, caracterizada por diversas problemáticas, e por negligência a todos os níveis. Maria continua a ter dificuldade na imposição de regras aos seus filhos e no cumprimento dos castigos que refere que lhes aplica, o que a descredibiliza e desautoriza, já Afonso consegue ser mais firme e autoritário.

1.3 Situação Económica

Este agregado familiar tem uma dinâmica, aparentemente, bem organizada e sem grandes dificuldades. As principais fontes de rendimento são referentes aos salários do casal e às pensões de invalidez e viuvez do Sr. Manuel.

David é beneficiário de abono de família e de pensão de alimentos.

O agregado familiar tem com despesas fixas mensais o pagamento da renda, luz, água, gás, educação e medicação.

1.4 Contexto Habitacional

Devido à falta de condições da habitação onde residiam e, uma vez que, o local de trabalho do casal se situa no concelho de São João da Madeira, a família mudou-se para São João da Madeira, em 2012, para um apartamento de tipologia T3, com muito boas condições de habitabilidade. Este é composto por três quartos, uma sala, uma cozinha, uma casa de banho e uma garagem e encontra-se bem inserido em termos de infraestruturas de apoio social e escolar, ou seja, tem uma localização muito próxima das escolas e outros serviços. Em todas as visitas domiciliárias efetuadas, a casa encontrava-se limpa e organizada.

1.5 Situação de Saúde

Maria tem acompanhamento psicológico, quinzenalmente, devido à fragilidade psicológica e emocional em que se encontra.

David está a usufruir de consultas de terapia da fala e é acompanhado pela Equipa Local de Intervenção. Em 2014 realizou uma avaliação psicológica, mas não existem registos, no processo, dessa avaliação. Segundo informação clínica, David foi observado em consulta de vigilância dos 4 anos a 21-08-2014 e apresentava cáries dentárias e dificuldade na articulação de palavras.

De acordo com informação disponibilizada pela Equipa Local de Intervenção, pode-se mencionar que ao nível da **Socialização**, o David é uma criança sociável, irrequieta, tem dificuldades em estar sentado corretamente, em cumprir ordens e regras. Por vezes tem dificuldade em cumprir tarefas simples, brinca com todas as crianças, tem alguma dificuldade em superar situações de conflito e em partilhar brinquedos. Relativamente à **Autonomia**, demonstra autonomia na sua alimentação e higiene pessoal. Quanto à **Motricidade Fina**, o David já faz alguns jogos de encaixe e associação e desenha a figura humana sem grandes pormenores. No que diz respeito à **Linguagem**, revela compreender algumas instruções ou ordens, responde apenas a

algumas perguntas se forem simples e diretas e tem dificuldades em responder a perguntas complexas. Por fim, ao nível **cognitivo**, revela muitas dificuldades em associar o número à quantidade e em efetuar contagens de objetos.

O avô Manuel é acompanhado no Hospital de São João do Porto devido às complicações de saúde que tem. Rita é monitorizada em consulta de Pedopsiquiatria.

1.6 Contexto Escolar

De acordo com informação declarada pelo jardim-de-infância frequentado pelo David, este encontra-se bem integrado na sala, é assíduo e pontual, apresenta algumas dificuldades ao nível da linguagem e na aquisição de alguns conteúdos propostos e, como tal, está a ser acompanhado por um Terapeuta da Fala e por um Técnico Especializado da Equipa Local de Intervenção Precoce.

David manifesta alterações de comportamento, é frequentemente agressivo, e expressa ausência de regras. Por outro lado, este é também sociável e brincalhão e tem preferência pelas brincadeiras com os rapazes.

David tem um bom relacionamento com os colegas e adultos, sendo meigo mas, por vezes, ultrapassa os limites das regras estabelecidas e quando um adulto o chama à atenção, este retrai-se e chora.

Ao nível da higiene, a criança apresenta-se, diariamente, limpa mas a sua alimentação em casa não deve ser a mais correta, pois, a sua dentição está toda estragada e de manhã, chega ao jardim-de-infância a comer guloseimas.

1.7 Histórico de Medidas de Promoção e Proteção

De salientar que numa fase inicial, esta criança e sua família tiveram acompanhamento na CPCJ de Oliveira de Azeméis no período de tempo de Janeiro de 2011 a Janeiro de 2014 mas como, o agregado familiar mudou o seu local de residência para São João da Madeira, passaram a ser acompanhados na CPCJ de São João da Madeira desde Janeiro de 2014.

1ª Medida (18-11-2011): Medida de Apoio Junto dos Pais – Mãe, durante 6 meses.

2ª Medida (31-08-2012): Medida de Apoio Junto dos Pais – Mãe, durante 6 meses.
3ª Medida (21-01-2014): Medida de Apoio Junto dos Pais – Mãe, durante 6 meses.
4ª Medida (14-11-2014): Medida de Apoio Junto dos Pais – Mãe, durante 6 meses.

Tabela 5 – Histórico de Medidas de Promoção e Proteção do Processo de “David Tavares”

2 História de Vida de “Guilherme Pinto”

Guilherme Sousa Pinto (nome fictício) é uma criança do sexo masculino, residente no concelho de São João da Madeira, nascido a 25-05-2009 e, como tal, tem, atualmente 6 anos de idade.

2.1 Sinalização

A sinalização foi realizada pela equipa do RSI (Rendimento Social de Inserção) que acompanhava a família devido à existência de negligência grave ao nível da saúde, educação e dos cuidados básicos.

2.2 A Família

Atualmente, este agregado familiar é constituído pelo Guilherme, pela sua mãe e pelo seu tio materno.

O Guilherme nasceu a 25-05-2009, num parto de cesariana, com 3.100kg e com um diagnóstico de Microcefalia e Hipotonia Axial, que se traduz num atraso de desenvolvimento psico-motor. Tal diagnóstico pode estar relacionado com complicações pré natais severas devido ao quadro de hipertensão na gravidez e ao fato de a gestação ter sido considerada de risco. O seu nascimento ocorreu na sequência de uma relação de namoro mantida entre os seus pais durante cerca de 1 ano, não tendo a gravidez sido planeada. Fernanda (nome fictício), mãe de Guilherme aceitou bem a

gravidez mas o pai, o Sr. António (nome fictício) a partir do momento em que dela teve conhecimento, abandonou Fernanda, não tendo perfilhado espontaneamente Guilherme. O poder paternal está regulado mas, no entanto, António não cumpre as suas obrigações como pai, não paga a pensão de alimentos, não visita nem manifesta interesse pelo filho, assim como qualquer outro elemento da família paterna.

Guilherme é uma criança extremamente dócil e solidária. Este possui processo na CPCJ de São João da Madeira a fim de acompanhar o seu acesso a terapias e serviços, dadas as características de negligência por parte da mãe, que ainda contribuem mais para o seu não desenvolvimento, sendo factos o tardio retirar da fralda, a resistência em que frequente o prolongamento de horário de forma a contactar o mais possível com crianças da sua idade e ter acesso a um leque diversificado de atividades. É uma negligência por excesso de proteção e por querer limitar o acesso a qualquer tipo de atividade que seja fora de casa.

Fernanda, mãe de Guilherme, nascida a 28-09-1974 (40 anos), possui o 4º ano de escolaridade e não tem colocação laboral há muitos anos, pois, sempre ficou em casa a tomar conta da falecida mãe e de um dos irmãos. Esta tem mais três irmãos com os seus próprios núcleos constituídos, que residem nas redondezas e assumem um certo distanciamento para com ela e a sua família.

João (nome fictício), tio materno de Guilherme, nascido a 22-11-1968 (46 anos), tem o 3º ano de escolaridade e é considerado inválido devido aos seus problemas de saúde. É uma pessoa bastante introvertida.

Já fez parte deste agregado familiar a avó materna de David, Constança (nome fictício) que era uma senhora com vários problemas de saúde, nomeadamente, diabetes, problemas sanguíneos e obesidade mórbida. Em 2014, a sua situação de saúde agudizou-se e foi necessário realizar uma série de diligências, principalmente, o aproximar dos restantes filhos que não podiam deixar toda a situação ao cuidado de Fernanda que não tinha competências para, sozinha, lidar com a mãe, então, acamada. Nesta fase percebeu-se também que os outros filhos tinham baixas competências e pouca disponibilidade para o apoio necessário. A avó acabou por falecer.

O avô materno há muito se divorciou de Constança e reside num Lar de Idosos.

Este agregado familiar possui características e hábitos muito enraizados e não estavam, minimamente, preparados para a chegada de uma criança. Entre adultos

constata-se uma linguagem verbal agressiva, especialmente, para com João. Este tipo de linguagem acaba por ser a imagem de referência do agregado. Esta família apresenta vulnerabilidades em todas as áreas de intervenção, sendo a social, educativa e de saúde, as mais evidentes. Assim, foi necessário intervir de forma contínua na orientação/demonstração da higiene habitacional e organização do vestuário dado que Fernanda não apresentava autonomia nem hábitos de adequada higienização. Após várias intervenções práticas no domicílio, a habitação sofreu alterações positivas, estando mais organizada. Fernanda foi inserida em sessões práticas sobre Higiene Habitacional, Alimentação e Boas Práticas Parentais, de forma a capacitar a mesma para melhor exercer a sua função de mãe.

2.3 Situação Económica

Os rendimentos da família provêm da pensão de invalidez de João e do Fundo de Garantia de Alimentos de Guilherme. Apesar destes baixos rendimentos, Fernanda demonstra não sentir a necessidade de obter rendimentos provenientes de uma atividade laboral, aparentando um completo desinteresse face a esta questão. Os técnicos consideram que esta situação está relacionada com o facto de o agregado ter sempre vivido com o mesmo nível de rendimentos e nunca ter exercido qualquer profissão a médio e longo prazo.

2.4 Contexto Habitacional

A família reside em habitação social há cerca de 30 anos. A casa apresenta-se degradada no interior, dadas as poucas obras de beneficiação a que foi sujeita. É composta por três quartos, uma cozinha, uma sala e uma casa de banho, todas estas divisórias são de dimensões bastante pequenas. Neste momento, Fernanda insiste em continuar a dormir com Guilherme, retardando a limpeza e organização de um quarto vago para o filho. O João, uma vez que a mãe faleceu, dorme no quarto que era desta, sendo que antes dormia no sofá da sala. Apesar do estado de conservação, a casa beneficiará ainda com uma melhor higienização de alguns espaços.

2.5 Situação de Saúde

Este agregado familiar é bastante monitorizado em termos de saúde.

O tio João padece de insuficiência renal crónica e, como tal, é acompanhado pela equipa de hemodiálise e é esta equipa que supervisiona as idas às consultas e a toma de medicação. Além disso, este padece ainda de psicose enxertada em debilidade mental e toma medicação para ficar mais calmo. Aquando a morte de Constança, a sua saúde mental piorou.

Fernanda é obesa, hipertensa e tem hipotireoidismo e vai com a regularidade necessária aos serviços de saúde, não sendo resistente à medicação prescrita. Existe a suspeita de que esta tenha um défice cognitivo, que poderá não ser mais do que falta de hábitos de utilização dos recursos existentes e limitação de conhecimentos por falta de interesse.

Guilherme, é acompanhado pela equipa de IP da Unidade de Saúde Familiar, pelas consultas de Desenvolvimento, pela Terapia da Fala e Terapia Ocupacional, tendo há cerca de meio ano sido avaliado e feito análises genéticas. É uma criança que tem exigido vigilância pela falta de conhecimentos da mãe e por situações de não diligência atempada. As pequenas constipações que apanha são motivo para o absentismo escolar. Guilherme é seguido em Consulta de Desenvolvimento por apresentar atraso global ligeiro a moderado, provavelmente secundário a síndrome genético, ainda em estudo. Este foi encaminhado pela sua Educadora de Infância para Terapia da Fala devido a apresentar dificuldades ao nível da linguagem e da fala. O trabalho realizado com ele baseia-se no desenvolvimento da linguagem, no desenvolvimento das competências de consciência fonológica, no aumento da memória auditiva e na adequação do sistema fonológico. A Terapeuta da Fala considera que é necessário continuar a desenvolver a comunicação e a linguagem da criança, para que se aproxime, o mais adequadamente possível, do desenvolvimento considerado normal para a sua faixa etária. Assim sendo, de forma a dar continuidade ao processo de intervenção iniciado e pelas dificuldades presentes, prevê-se a permanência do Guilherme nas sessões semanais de Terapia da Fala.

Por outro lado, a intervenção realizada com Guilherme no âmbito da Terapia Ocupacional tem como objetivos o desenvolvimento de competências cognitivas,

motoras e de praxis. A Terapeuta Ocupacional considera que o Guilherme é uma criança que poderia ter uma evolução mais significativa, contudo, o seu sucesso é comprometido porque não possui resistência à frustração e persistência na tarefa e acima de tudo dispersa facilmente a sua atenção durante a execução das atividades, interferindo com o êxito das mesmas. Além disso a sua evolução é também comprometida pelo contexto em que vive e pela falta de estimulação e embora a técnica tenha procurado fornecer estratégias educativas para que a mãe utilizasse no contexto familiar, esta mostrou resistência referindo que o Guilherme não gosta de ser contrariado.

Com a intervenção instituída (Terapia da Fala, Terapia Ocupacional e Intervenção Precoce) Guilherme tem apresentado uma evolução muito favorável do seu desenvolvimento, com aquisições progressivas. Mantém, no entanto, um desempenho global inferior ao esperado para o seu nível etário.

Todos os técnicos consideram que seria bastante benéfico para o Guilherme o adiamento no 1.º ciclo, pois, iria permitir uma maior consolidação e fortalecimento das aprendizagens.

2.5.1 Quadro Clínico

Foi efetuada uma avaliação formal do Desenvolvimento Psicomotor, a pedido da Consulta de Desenvolvimento. Foi utilizada a Escala de Desenvolvimento Mental de Griffiths, para avaliação das diferentes áreas de desenvolvimento. O comportamento do Guilherme durante a avaliação foi colaborante.

- Datas de avaliação: 12 de Setembro e 24 de Outubro de 2014.
- Idade cronológica à data da avaliação: 64 meses (5 anos e 4 meses)

Avaliação do Desenvolvimento	
Subescala Locomotora	Os valores alcançados situam-se muito abaixo dos padrões médios, correspondendo a um nível de desenvolvimento de cerca de 44 meses, o que se situa, em termos dos critérios do DSM – IV – TR (Manual de Diagnóstico e Estatística das Perturbações Mentais – Texto Revisto), num défice cognitivo ligeiro.

Subescala Pessoal/Social	Os valores alcançados situam-se abaixo dos padrões médios, correspondendo a um nível de desenvolvimento de cerca de 50 meses, o que se situa em termos dos critérios do DSM- IV, num nível cognitivo inferior.
Subescala Audição e Linguagem	Os valores alcançados situam-se abaixo dos valores médios, correspondendo a um nível de desenvolvimento de cerca de 50 meses, o que se situa, em termos dos critérios do DSM-IV, num nível cognitivo inferior.
Subescala Coordenação Olho - Mão	Os valores alcançados situam-se bastante abaixo dos valores médios, correspondendo a um nível de desenvolvimento de cerca de 36 meses, o que se situa, em termos dos critérios do DSM-IV, num défice cognitivo ligeiro a moderado.
Subescala Realização	Os valores alcançados situam-se muito abaixo dos valores médios, correspondendo a um nível de desenvolvimento de cerca de 40 meses, o que se situa, em termos dos critérios do DSM-IV, num défice cognitivo ligeiro.
Subescala Raciocínio Prático	Os valores alcançados situam-se muito abaixo dos valores médios, correspondendo a um nível de desenvolvimento de cerca de 44 meses, o que se situa, em termos dos critérios do DSM-IV, num défice cognitivo ligeiro.

Tabela 6 – Avaliação do Desenvolvimento

O técnico que realizou esta avaliação concluiu que o Guilherme manifesta um **Défice Cognitivo Global de Grau Ligeiro (QG=68)**.

Assim, para uma idade cronológica de 64 meses, ele manifesta um desempenho compatível com 44 meses.

2.6 Contexto Escolar

O Guilherme está integrado em jardim-de-infância, numa turma vertical. Este interage com todos os colegas, demonstra ser bastante sociável, carinhoso, captando facilmente a atenção e ajuda dos colegas. Inicialmente, havia um elevado nível de absentismo à escola e às atividades extracurriculares, fundamentais para garantir o contato mais prolongado com outras atividades que de outra forma não terá acesso dado os hábitos do agregado, o que poderá ter comprometido o seu desenvolvimento.

Na escola tem ainda acesso a 3 horas semanais com uma professora de Educação Especial. As Medidas de intervenção educativa aplicadas em trabalho de articulação entre a Educadora de Infância e a Educadora de Educação Especial englobam o apoio

pedagógico personalizado fora e dentro do contexto da sala, com estímulo, reforço e desenvolvimento de competências específicas nos domínios da comunicação, linguagem, motricidade fina, percepções auditiva e visual, académica, psicomotricidade, orientações temporal e espacial e a adoção de um acompanhamento escolar, sempre que possível, sistemático por parte da Educadora de Infância Tutelar de Turma.

O trabalho realizado implica promover a autoestima da criança, pelo reforço positivo, implementar atividades diversificadas e registos trimestrais de avaliação. O recurso ao reforço social e à gestão de contingências são outras vias metodológicas adotadas. O Guilherme evidenciou uma grande evolução ao nível da autonomia e da interação com os pares, progressos muito importantes para a sua autoestima e bem-estar.

Ao nível da **motricidade ampla**, é notória a sua evolução na forma mais segura de descer e subir escadas e no brincar no parque infantil. Ao nível da **motricidade fina**, tenta encaixar peças de puzzles, mostra interesse pelo desenho, pegando no lápis, embora que, muitas vezes, não corretamente. O tempo de atenção/concentração já não é tao reduzido, demonstrando permanecer na tarefa durante o tempo necessário para a sua realização mas necessita de supervisão.

Apresenta alguma dificuldade em descodificar a mensagem transmitida, sendo necessário ajustar a linguagem utilizada; compreende ordens simples; demonstra dificuldade em ordenar imagens pela sequência correta e lógica mas após a análise de cada imagem é capaz de corrigir. Nem sempre consegue compreender a relação entre os acontecimentos. Guilherme recorre bastante ao uso da ecolalia, principalmente, em circunstâncias onde é visível falta de compreensão da questão.

Ao nível da **morfossintaxe**, o Guilherme apresenta dificuldade em narrar uma história com coerência de ideias, tendo mais facilidade quando tem apoio visual através de uma imagem ou de um texto lido. No âmbito da **psicomotricidade**, é de mencionar que este tem vindo a apresentar melhorias no seu equilíbrio, noção do corpo e na sua motricidade fina e global.

2.7 Histórico de Medidas de Promoção e Proteção

<u>1ª Medida (19-01-2012)</u> : Apoio Junto dos Pais – Mãe, durante 6 meses.
<u>2ª Medida (20-09-2012)</u> : Apoio Junto dos Pais – Mãe, durante 6 meses.
<u>3ª Medida (18-07-2013)</u> : Apoio Junto dos Pais – Mãe, durante 6 meses.
<u>4ª Medida (04-07-2014)</u> : Apoio Junto dos Pais – Mãe, durante 6 meses.

Tabela 7 – Histórico de Medidas de Promoção e Proteção do processo de “Guilherme Pinto”

Capítulo 3 – Apresentação, Análise e Interpretação dos Resultados

Neste capítulo foi elaborada uma análise ecológica relativa a cada um dos casos, com enfoque na identificação e caracterização de fatores de risco e fatores de proteção. Além disso, os resultados obtidos através das entrevistas foram apresentados, analisados e interpretados através do método de análise de conteúdo.

1 Análise dos Casos

1.1 Análise Ecológica do Caso de “David Tavares”

Fazendo uma análise com base no Modelo Ecológico de Desenvolvimento Humano pode-se referir que o Microssistema de David é composto pela sua família, especialmente, pela mãe, pai, avô, irmã e companheiro da mãe. Esta família é disfuncional e negligente, o que faz com que a criança não se desenvolva de forma saudável. Uma vez que a irmã esteve institucionalizada durante os seus primeiros anos de vida, torna-se fulcral trabalhar esta questão de modo a que seja criado um laço afetivo entre ambos. O jardim-de-infância e os colegas também integram o microssistema, uma vez que, David passa uma grande parte do seu dia nesta entidade e tem uma enorme interação com os colegas e técnicos. Uma vez que, David necessita de acompanhamento ao nível da saúde, o médico de família e a unidade de terapia da fala também integram o microssistema, pois, são serviços de proximidade e frequentados com alguma regularidade.

Do Exossistema fazem parte a família alargada, constituída essencialmente pela família paterna; a CPCJ de São João da Madeira que é a entidade responsável pelo acompanhamento do PPP e a ELI, entidades com as quais David tem um menor contato.

Relativamente aos fatores de risco e de proteção, podem-se mencionar como fatores de risco: negligência; má nutrição; instabilidade emocional e psíquica da Sra. Maria; ausência de modelos comportamentais e ambiente familiar hostil e como fatores de proteção: encorajamento e capacitação da família para a progressiva autonomização na gestão dos seus problemas; acompanhamento da família por parte da CPCJ; promoção das competências parentais, monitorização por parte da unidade de Terapia da Fala e da ELI; boas condições habitacionais e situação económica estável.

Em síntese, as várias entidades chamadas a intervir têm que efetuar um constante acompanhamento a este agregado familiar, uma vez que, a Sra. Maria continua a não conseguir educar os filhos da melhor forma possível, não se conseguindo impor nem colocar regras e limites que também são necessários ao bom desenvolvimento das crianças. De salientar também que deve haver uma mudança ao nível dos hábitos alimentares, uma vez que, Rita é uma jovem obesa e que David também tem excesso de

peso e cáries dentárias. Assim, é necessário ensinar esta mãe, pois, a falta de competências parentais é evidente.

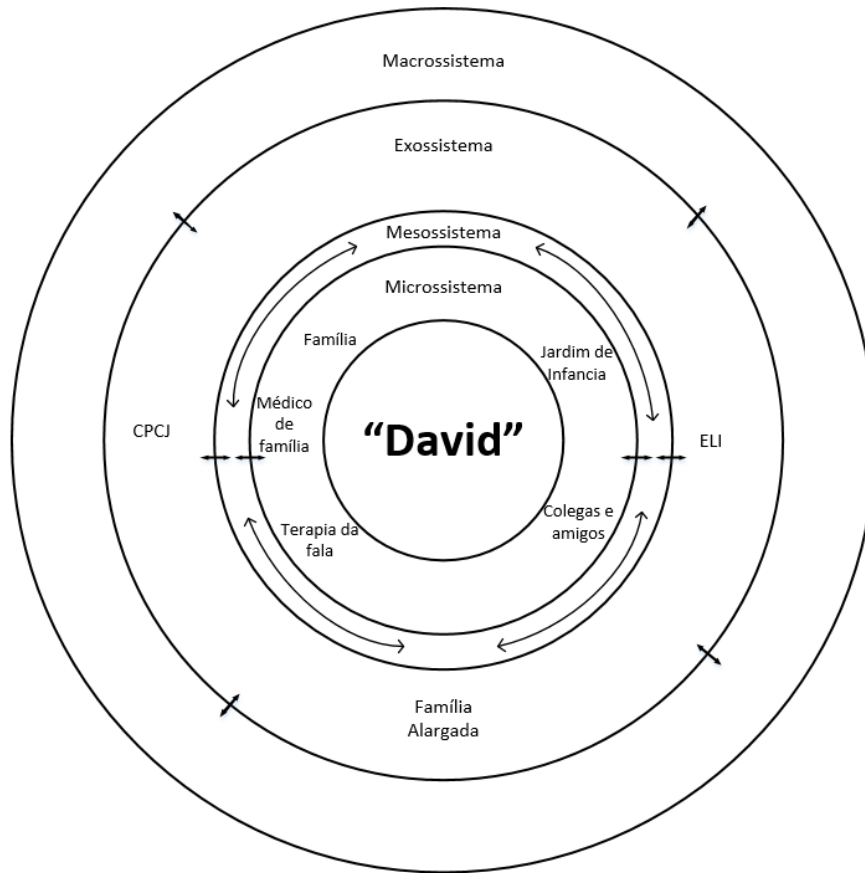


Figura 4 – Análise Ecológica: “David Tavares”

1.2 Análise Ecológica do caso de “Guilherme Pinto”

Fazendo uma análise com base no Modelo Ecológico de Desenvolvimento Humano pode-se referir que o Microsistema de Guilherme é composto pela sua família, sobretudo, pela mãe e pelo tio. Portanto, a rede social direta é muito pequena, facto que vai ao encontro do estilo de vida que lhe é proporcionado. Esta família é caracterizada por disfuncionalidade e negligência, o que faz com que a criança não se desenvolva de forma saudável. O jardim-de-infância também integra o microsistema, uma vez que, é aqui que Guilherme estabelece contato com os seus pares, sendo o espaço ideal de brincadeiras e de estímulo ao seu desenvolvimento. Guilherme requer acompanhamento de vários serviços de saúde e, assim, o médico de família, a unidade de terapia da fala e de terapia ocupacional também integram o microsistema, pois, são serviços de proximidade, com os quais Guilherme estabeleceu um vínculo.

Do Exossistema fazem parte a família alargada, constituída essencialmente pela família materna, com a qual existem contatos apenas muito ocasionais, havendo maior distanciamento após o falecimento da avó; a CPCJ de São João da Madeira que é a entidade responsável pelo acompanhamento do PPP e a ELI, entidades com as quais Guilherme possui um menor contato.

Relativamente aos fatores de risco e de proteção, podem-se mencionar como fatores de risco: negligência; baixo nível de instrução da mãe e do tio; ausência de modelos comportamentais; baixo nível de rendimento familiar; falta de estimulação do ambiente familiar para a promoção de oportunidades de desenvolvimento; pouca iniciativa da mãe para promover a autonomia, motricidade, linguagem, socialização e desenvolvimento afetivo e ambiente familiar hostil. Por sua vez, podem-se referir como fatores de proteção: encorajamento e capacitação da família para a progressiva autonomização na gestão dos seus problemas; dinamização de uma procura mais ativa de emprego por parte da mãe, com vista ao aumento dos recursos económicos da família; habitação social; acompanhamento da família por parte da CPCJ; promoção das competências parentais, monitorização por parte da unidade de Terapia da Fala e Terapia Ocupacional e da ELI; coordenação e comunicação entre os vários serviços que prestam assistência e acompanhamento a esta família e à criança.

Neste sentido, esta família é caracterizada pelo mau relacionamento entre os adultos, pelo facto de Fernanda possuir reduzidos hábitos de trabalho e de cidadania, de ter baixas competências parentais, de ter excesso de proteção para com o filho, baixas qualificações e resistência em reconhecer que o filho para estar bem não pode estar só com ela, de ter poucos ou nenhuns hábitos de socialização. Por outro lado, há uma criança com significativo défice cognitivo que precisa de ser estimulada ao máximo, que necessita de alargar os seus contextos sociais e alterar os hábitos de rotinas aos fins-de-semana e ainda um tio que em tudo beneficiária se estivesse integrado em centro ocupacional de forma a ter uma vida que não passasse apenas pelas idas à hemodiálise e a consultas médicas. Um agregado cuja atividade principal em casa sempre foi ver televisão.

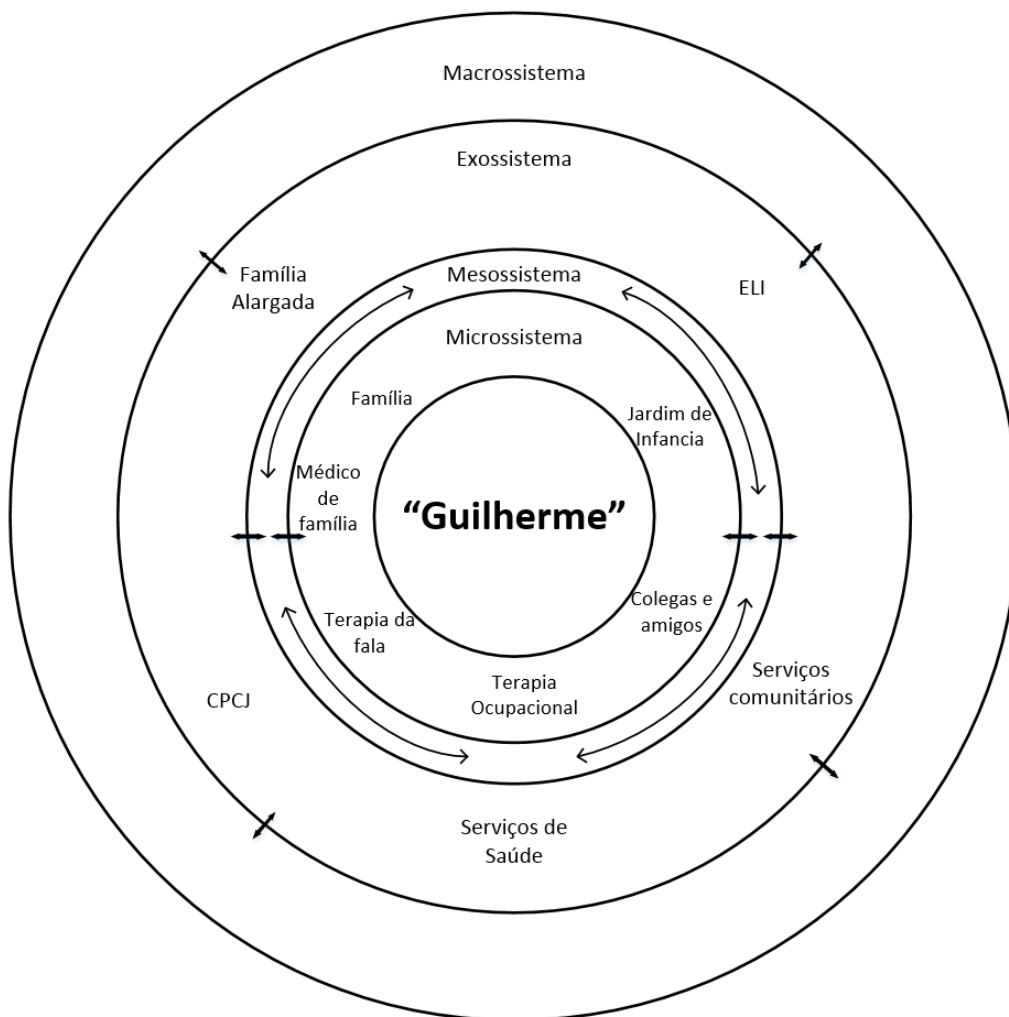


Figura 5 – Análise Ecológica: “Guilherme Pinto”

2 Apresentação, Análise e Interpretação dos Dados obtidos nas entrevistas

Como já foi mencionado, a análise de conteúdo foi o método de análise de dados escolhido para examinar os resultados obtidos através das entrevistas, uma vez que, se trata de dados qualitativos. Assim, foram elaboradas tabelas que se encontram divididas por categorias gerais (C1 a C4) que dizem respeito aos temas gerais abordados nas entrevistas e por categorias específicas (Q1 a Q22), as quais vão de encontro ao tema abordado em cada questão. Por sua vez, as unidades de registo referem-se às respostas efetuadas por cada técnica. De salientar ainda que cada técnica encontra-se designada por Técnica 1 – gestora do processo de promoção e proteção (PPP) do “David” e por Técnica 2 – gestora do processo de promoção e proteção (PPP) do “Guilherme”.

Assim, a apresentação por categorias constitui uma forma de organizar os dados exprimidos sob a forma de palavras, reagrupando-os, de modo a que o assunto apareça na coluna da esquerda e os dados são descritos e registados na coluna da direita. Sempre que as respostas das técnicas forem coniventes, aparecerá uma barra cinzenta a salientar estas mesmas respostas.

De seguida, serão apresentadas as tabelas bem como uma análise em relação ao conteúdo das mesmas.

Tabela 8 - Caracterização das Técnicas da CPCJ

Categoria Geral	C1 Caracterização das Técnicas da CPCJ	
Categoria Especifica	Unidades de Registo	
	Técnica 1 – PPP “David”	Técnica 2 – PPP “Guilherme”
Q1 Formação de Base	Serviço Social	Psicologia
Q2 Profissão	Assistente Social	Psicóloga
Q3 Tempo de Serviço	3 – 5 anos	> 5 anos
Q4 Função na CPCJ	Elemento Cooptado	Secretária/Elemento Cooptado
Q5 Tempo Exercido na CPCJ	1 – 3 anos	3 – 5 anos

Q6 Formação na área das Crianças e Jovens em Perigo	Não. Considera que seria pertinente ter (Q7)	Sim.
--	---	------

A **Tabela 8** diz respeito à categoria geral “C1 Caracterização das Técnicas da CPCJ” e através da análise da mesma é possível mencionar que as técnicas têm formações (Q1) distintas: Psicologia e Serviço Social, mas ambas relevantes em contexto de proteção de crianças e ambas trabalham (Q2) em conjunturas referentes às suas áreas de formação.

Em relação aos anos de serviço/experiência (Q3), é possível referir que a Técnica 1 tem entre 3-5 anos, mais, propriamente 4 anos na área de serviço social, enquanto a Técnica 2 tem > 5anos, especificamente, 13 anos de experiência como Psicóloga. Ambas as técnicas exercem funções (Q4) na CPCJ como elemento cooptado, contudo, a Técnica 2 executa ainda o cargo de secretária.

Por fim, pode-se mencionar que a Técnica 1 executa funções há cerca de 3 anos na CPCJ (Q5) e não possui formação (Q6) na área das crianças e jovens em perigo mas considera que seria pertinente ter; por outro lado, a Técnica 2 encontra-se a exercer atividade há cerca de 5 anos na CPCJ (Q5) e possui formação (Q6) na área das crianças e jovens em perigo.

Tabela 9 - Os Processos Analisados

Categoria Geral	C2 Os Processos Analisados	
Categoria Especifica	Unidades de Registo	
	Técnica 1 – PPP “David”	Técnica 2 – PPP “Guilherme”
Q8 Motivo de Abertura do Processo	Negligência	Negligência
Q9 Problemáticas Identificadas na Família	Falta de Competências Parentais	Problemas Mentais; Défices a nível funcional;
Q10 Impacto das Problemáticas no Desenvolvimento da Criança	“Sim”	“Sim”

Q11 Tipo de influência no Desenvolvimento	“Atraso de Desenvolvimento; Atraso de Linguagem; Excesso de Peso; Cáries Dentárias”	“Retirar tardio da fralda; não saber utilizar os talheres; não ajudar no desenvolvimento”
Q12 Classificação da Família: Organização Familiar	Família Reconstituída	Família Alargada
Q13 Classificação da Família: Relação Parental	Família Disfuncional	Família Disfuncional
Q14 Serviços disponíveis para a Criança	Intervenção Precoce Terapia da Fala	Terapia da Fala Terapia Ocupacional Intervenção Precoce Educação Especial
Q15 Alterações no desenvolvimento da Criança	Não	Sim
Q16 Serviços disponíveis para a Família	Acompanhamento Psicológico Apoios Económicos	Habitação Social Bens Alimentares Acompanhamento Psicológico Formação Itinerante no Domicílio
Q17 Mudanças no Contexto Familiar	Não	Sim
Q18 Medida de Promoção e Proteção	“A medida utilizada ao longo do processo foi «Apoio Junto dos Pais – Mãe», pois, devem-se dar oportunidades aos pais e	“A medida utilizada foi sempre «Apoio Junto dos Pais – Mãe» porque a mãe é interessada e cumpre com as obrigações.”

	se a criança for institucionalizada será pior porque precisa dos pais.”	
--	---	--

Após uma análise da **Tabela 9**, cuja categoria geral intitula-se de “C2 Os Processos Analisados”, pode-se mencionar que ambos os processos foram encetados (Q8) devido à existência de negligência por parte dos progenitores, sendo que no caso do “David” é uma negligência por falta de disponibilização de cuidados básicos, enquanto, no caso do “Guilherme” é uma negligência por excesso de preocupação da mãe, pelo facto de esta não permitir o desenvolvimento do seu filho.

Na família de “David”, as problemáticas (Q9) identificadas prendem-se, essencialmente, com a falta de competências parentais, pois, a sua mãe não consegue educar os filhos da melhor forma possível, não cumpre com a sua palavra nem consegue colocar regras e limites e é notável algum descuido ao nível das refeições ministradas, o que tem impacto e influência no desenvolvimento da criança (Q10). Assim, é possível referir a existência de excesso de peso na criança, o aparecimento de cáries dentárias e atraso de desenvolvimento e linguagem (Q11), como mencionou a Técnica 1. Por sua vez, na família de “Guilherme” existe a presença de problemas mentais, sobretudo, por parte do tio bem como défices funcionais (Q9), factos que também têm repercussões no seu desenvolvimento (Q10) sendo notórios o retirar tardio da fralda, o não desenvolvimento e o não saber utilizar os talheres (Q11), tal como citou a Técnica 2.

Relativamente à organização familiar – núcleo (Q12), o “David” possui uma família dita reconstituída, pois, a sua mãe separou-se do seu pai e reconstituiu a sua vida junto de outro homem, contudo, é também caracterizada pela disfuncionalidade (Q13) devido à instabilidade e fragilidade psíquica e emocional na qual a sua mãe se encontra. Por outro lado, a família de “Guilherme” caracteriza-se como sendo alargada (Q12) pois, há a existência de duas gerações em sentido vertical no mesmo núcleo. Na minha opinião, esta também poderia ser denominada de monoparental, uma vez que, o pai de “Guilherme” nunca se identificou como tal nem nunca assumiu as suas responsabilidades como pai. Esta é também uma família pautada pela disfuncionalidade (Q13) devido à existência de hábitos enraizados, ao mau relacionamento entre adultos e à falta de contato e comunicação com o meio/comunidade.

“David” tem ao seu dispor Intervenção Precoce e Terapia da Fala (Q14) mas, de acordo com a técnica 1, tais recursos não (Q15) estão a produzir efeitos significativos no seu desenvolvimento. Na minha opinião, deveria de existir um maior envolvimento e monitorização por parte destas entidades, de modo a os resultados serem mais positivos e produtivos para a criança. Inclusive, ao longo de todo o PPP da criança não existem registos das atividades desenvolvidas no âmbito da Terapia da Fala nem da evolução (ou não) do “David” ao longo das sessões. Da ELI – Intervenção Precoce, existe apenas um registo no qual também não constam as atividades desenvolvidas, apenas uma síntese acerca do empenho e desenvolvimento da crianças nas ditas áreas-chave.

“Guilherme” usufrui de Terapia da Fala e Terapia Ocupacional, Educação Especial e Intervenção Precoce (Q14) e, de acordo com a Técnica 2, o acompanhamento e envolvimento de tais serviços está a produzir efeitos bastante significativos e positivos no seu desenvolvimento (Q15), inclusive, é do interesse desta técnica que após o arquivamento do processo, por parte da CPCJ, as entidades de primeira linha continuem a supervisionar o “Guilherme”.

Por outro lado, os serviços (Q16) disponibilizados à família de “David” prendem-se, essencialmente com acompanhamento psicológico para a sua mãe e apoios financeiros que serão disponibilizados apenas enquanto a mãe da criança estiver no período de baixa médica. Segundo a Técnica 1, a disponibilização de tais recursos não está a produzir alterações no agregado familiar (Q17), pois, no seu entender a mãe de “David” deveria de ter um acompanhamento psicológico mais regular e não pontual. Por sua vez, a família de “Guilherme” usufrutua de habitação social, beneficiação de bens alimentares, formação itinerante no domicílio e acompanhamento psicológico (Q16). A Técnica 2 considera que tais recursos estão a produzir alterações significativas no agregado (Q17), pois, há a existência de progressos e, inclusive, a habitação tem estado mais limpa e organizada.

Por fim, a medida de apoio (Q18) utilizada em ambos os processos foi “Apoio Junto dos Pais – Mãe”. Por um lado, a Técnica 1 referiu que nunca utilizou outra medida, pois, acredita que se devem dar oportunidades aos pais, até à exaustão e porque considera que se a criança fosse institucionalizada seria pior para ela. Por outro lado, a Técnica 2 mencionou que nunca aplicou outra medida, uma vez que, apesar de tudo a mãe sempre

se mostrou interessada e tentou cumprir ao máximo com o estipulado no acordo de promoção e proteção.

Tabela 10 - O Trabalho com as Famílias

Categoria Geral	C3 O Trabalho com as Famílias	
Categoria Especifica	Unidades de Registo	
	Técnica 1 – PPP “David”	Técnica 2 – PPP “Guilherme”
Q19 Participação da Família no Processo	Sim	Sim
Q20 Dificuldades no Trabalho com as Famílias	“Muita resistência à mudança, falta de competências parentais.”	“Questões Culturais e Sociais. Aceitação das Medidas. Não ter vontade de Mudança.”

A **Tabela 10** denominada de “C3 O Trabalho com as Famílias” apresenta os dados relativos ao trabalho das técnicas com as famílias, em contexto de CPCJ. Neste sentido, pode-se referir que ambas as técnicas consideram que a participação da família no processo da criança é importante (Q19). A este propósito, Carvalho (2011, p. 107) mencionou que “as parcerias mais recentes começam a refletir os princípios centrados na família, nos quais as famílias tomam uma posição ativa na tomada de decisões sobre os seus filhos/filhas e os serviços que desejam, acompanhada da tentativa de ir ao encontro das suas opções e necessidades”.

Relativamente às dificuldades experienciadas no trabalho com as famílias (Q20), a Técnica 1 declarou a resistência à mudança, pois, os pais nem sempre aceitam da melhor forma possível as sugestões dos técnicos e são muito resistentes mesmo que a mudanças pequenas e significativas e a falta de competências parentais. A Técnica 2 salientou as questões culturais e sociais, uma vez que, existem diferenças culturais e sociais entre as famílias e os técnicos e, por vezes, os técnicos caem no erro de efetuar juízos de valor com base naquilo que consideram que é a norma mas devem tentar compreender a posição das famílias e desmistificar determinados comportamentos da mesmas que, muitas vezes, advém de hábitos e práticas culturais e sociais. Além disso,

a técnica destacou também a dificuldade dos pais aceitarem as medidas do acordo de promoção e proteção e não terem vontade de mudar.

Deste modo, Carvalho (2011, p. 103) citou que “a formação dos profissionais influencia, também, as suas perceções iniciais acerca das famílias e, subconsequentemente, o seu comportamento. Os profissionais trazem consigo as influências da sua formação profissional, a sua filosofia, a sua história de trabalho com crianças e famílias e, os seus próprios valores e crenças pessoais”.

“O sucesso de qualquer intervenção reside na qualidade das relações entre o técnico e a família” (Carvalho, 2011, p. 103).

Tabela 11 - O Trabalho em Equipa

Categoria Geral	C4 O Trabalho em Equipa	
Categoria Especifica	Unidades de Registo	
	Técnica 1 – PPP “David”	Técnica 2 – PPP “Guilherme”
Q21 Importância do Trabalho em Equipa	Sim	Sim
Q22 Colaboração entre os técnicos das entidades envolvidas no processo	Sim (com exceção da ELI) “Apenas troca de informação.”	Sim “Contatos informais e reuniões com todas as entidades que acompanham a família.”

A **Tabela 11** – “C4 O Trabalho em Equipa” retrata a perceção dos técnicos em relação ao trabalho em equipa. Deste modo, as técnicas consideraram que o trabalho em equipa é importante (Q21), contudo, a Técnica 1 referiu que não mantém contato com a Equipa Local de Intervenção e que a colaboração entre ela e os técnicos das entidades envolvidas nos processos apenas se processa numa lógica de troca de informação (Q22). A Técnica 2 mencionou que mantém contatos informais e reuniões pontuais com todas as entidades envolvidas no processo. Assim, pode-se mencionar que o trabalho de equipa praticado está muito aquém daquilo que seria expectável, uma vez que, deve existir uma maior interação entre os profissionais, troca de expectativas e informações, colaboração, comunicação e partilha de responsabilidades.

Neste sentido, pode-se depreender que o trabalho baseado em equipas transdisciplinares, é a forma que garante maior qualidade e eficácia à intervenção.

Conclusão

“Quando nasce uma criança com deficiência, toda a família é atingida, abalada na sua identidade, estrutura e funcionamento. O processo de desenvolvimento dessa família e a forma como os pais lidam com a criança terá a ver tanto com as suas qualidades quanto com os apoios que pode receber. A família é assim um todo, uma unidade em que todos os seus elementos são afetados.” (Seligman, 1971)

Neste sentido, é essencial intervir o mais precocemente possível, pois, o desenvolvimento e comportamento humanos podem ser modificados por influências ambientais, positivas e/ou negativas. Assim, quanto mais nova é a criança, alvo de IP, maior será a probabilidade de se conseguir alcançar uma resposta positiva à estimulação. Não se pode ignorar o facto de que a ausência de intervenção e estimulação precoce pode levar ao agravamento dos fatores de risco e, com o decurso do tempo pode, inclusive, contribuir para o aparecimento de necessidades educativas especiais secundárias.

Bairrão e Almeida (2003, p. 17) referiram mesmo que “é consensual que, quanto mais cedo se iniciarem os programas de Intervenção Precoce e quanto melhor for a sua qualidade, mais eficaz será a sua intervenção”.

Por sua vez, a Sociedade Portuguesa de Neonatologia (2008, p. 2) mencionou que “Após mais de 50 anos de investigação, há evidencia, quer quantitativa, quer qualitativa, de que a IP não só acelera e reforça o desenvolvimento da criança mas também melhora o funcionamento da família (...)”.

Portanto, a intervenção precoce deve ser realizada por técnicos especializados num modelo de equipa transdisciplinar, deve ser bem implementada e envolver ao máximo a família em todo o processo bem como a comunidade envolvente. Assim, todos estes aspetos, interligados, irão contribuir para a melhoria da qualidade de vida da criança e da sua família, atenuar um problema de desenvolvimento e amenizar os seus efeitos ou evitar a sua ocorrência. Há ainda muito trabalho a realizar para levarmos as boas práticas de IP a bom porto e para que muitas delas não passem de meras utopias e teorias.

Relativamente ao estudo empírico, pode-se mencionar que após estudo e interpretação dos casos, através da análise documental e realização e interpretação dos dados obtidos através das entrevistas, este valida duas hipóteses, que passo a citar:

H2 – A presença de fatores de risco ambiental tem influência sob o surgimento de fatores de risco biológico;

H3 – A combinação de fatores de risco biológico e ambiental leva a que a criança apresente níveis de funcionalidade com maior comprometimento;

Assim, o “David” ao nascer no seu seio de uma família pautada pela desorganização familiar, pela instabilidade e fragilidade da mãe fez com que este revelasse atraso ao nível do desenvolvimento e da linguagem, dentição com presença de inúmeras caries, pouca ou nenhuma aceitação das regras e, como tal, ausência de limites. O “Guilherme” nasceu, de igual modo, num seio familiar caracterizado pela presença de vários fatores de risco, os quais dizem respeito, por exemplo, às preocupações acentuadas expressas pela mãe que fazem com que a criança não desenvolva e fique limitada, à desorganização familiar, ao isolamento social e pobreza. Estes fatores, aliados a uma gravidez considerada de risco devido a todas as complicações pré-natais severas (hipertensão) culminaram num diagnóstico de atraso de desenvolvimento psicomotor. Portanto, tal como assevera a H2, a presença de fatores de risco ambiental influenciou o surgimento de fatores de risco biológico.

Neste sentido, pode-se responder à questão de partida **“Qual o impacto da combinação de fatores de risco biológico e fatores de risco ambiental no desenvolvimento integral da criança?”** ao se comprovar que a combinação de fatores de risco biológico e ambiental leva a que a criança apresente níveis de funcionalidade com maior comprometimento (H3). Ou seja, o desenvolvimento harmonioso da criança estará comprometido devido às vivências adversas experienciadas no seu contexto familiar; devido à resistência destes pais em fazerem mudanças mesmo que sejam pequenas; devido ao isolamento social em que vivem, marcado pela existência de uma rede social e familiar muito pequena ou quase inexistência, uma rede de vizinhança muito pobre; devido à desorganização familiar caracterizada por uma enorme inconstância e debilidade emocional e psicológica, mau relacionamento entre adultos e práticas negligentes. Portanto, a combinação de fatores de risco (biológico e ambiental), sem dúvida alguma que compromete o desenvolvimento integral, saudável e

harmonioso destas crianças. E, uma vez mais, se salienta a extrema importância da realização de uma intervenção precocíssima, de modo a atenuar o atraso de desenvolvimento e melhorar a qualidade de vida das crianças que usufruem das práticas de IP mas também ajudar a família na responsabilização e resolução dos seus problemas bem como na satisfação das suas necessidades, pois, todas as famílias possuem forças e capacidades.

Uma vez que, as hipóteses: H1 – A presença de fatores de risco biológico tem influência no aparecimento de fatores de risco ambiental e H4 – Crianças sem fatores de risco associados, devido à adversidade de experiências vividas, podem apresentar perturbação de desenvolvimento não ficaram validadas, considera-se pertinente que este estudo tivesse continuação, no futuro, de modo a ser mais explorado e aprofundado até porque, por um lado, as questões relacionadas com a proteção das crianças e jovens tem dado muito que falar e tem andado muito na boca da comunicação social, embora que, muitas vezes pelos piores motivos e, por outro lado, as práticas de IP no nosso país e o funcionamento das ELI estão a anos-luz de serem consideradas boas práticas, práticas eficazes e que até possam servir de modelo.

De salientar também que a realização do estudo teve algumas barreiras, nomeadamente, o contato com a ELI que, ainda não respondeu até ao presente dia, após realização de contatos incansáveis através de telefonemas, e-mails e contatos presenciais. Por isso, seria pertinente pensar na realização de um protocolo entre as ELI e as Universidades, de modo a que, o contato seja possível e, uma vez que, um dos objetivos do SNIPI é a fomentação da investigação na área da intervenção precoce, o que acaba por ser controverso, pois inibem a realização de investigação. É também notório que as ELI estão ainda muito centradas num modelo médico de há décadas atrás, encontram-se muito fechadas sobre si mesmas e restritas às práticas realizadas em centros de saúde e, como tal, a colaboração com outras entidades competentes é praticamente nula, o que faz com que estas fiquem muito aquém daquilo que dita a lei e do que seria ideal para a eficácia da intervenção precoce na infância. Por outro lado, o contato com as CPCJ também não foi fácil, apenas a CPCJ de São João da Madeira se mostrou disponível e permitiu o acesso aos processos facultados, dando um contributo muito relevante, pois possibilitou a realização do estudo. Portanto, seria de igual

relevância estabelecer uma parceria Universidades – CPCJ para facilitar a realização de investigação.

Ao estar no terreno a realizar o trabalho de investigação foi possível constatar também que o termo e práticas de IP são desconhecidos para muitos profissionais e que não há articulação entre as ELI e as CPCJ, por exemplo, por isso, torna-se fulcral informar, formar e sensibilizar a comunidade em geral e os profissionais das diversas áreas para a existência de um sistema nacional de intervenção precoce na infância que está implementado, que é de extrema relevância e que os profissionais têm que encaminhar determinadas situações ou então repensar na reestruturação do próprio sistema.

Por fim, de evidenciar ainda que a formação adequada dos profissionais em intervenção precoce é crucial, de modo a garantir a sua própria eficácia e devido à natureza multidimensional das crianças que precisam de serviços de IP. Deste modo, pode-se indicar como perspectiva de investigação futura a oferta de formação das universidades, a nível nacional, no que concerne a especializações em Intervenção Precoce e posterior colocação. Tal como mencionou Carvalho (2011, p. 131), “torna-se necessário um esforço sistemático para validar empiricamente os modelos de formação de forma a explorar relações entre os vários modelos de formação inicial e contínua e a qualidade do desempenho dos profissionais”.

Concluo, com uma citação de Bairrão (2006, p.4) que fez um apelo ao estado preocupante da IP em Portugal ao mencionar que *“estão hoje demonstradas, a nível das neurociências, as perigosas consequências da ausência de IP no posterior desenvolvimento das crianças e que tal ausência pode tornar irreversíveis certas alterações. Quando já se fala em Intervenção Precocíssima in útero na prevenção das dificuldades e doenças futuras que poderão afetar os seres humanos, será possível que o apoio precoce dos 0 aos 5 anos tal como sugerem as convenções internacionais se torne tão difícil entre nós? Será que voltamos ao tempo da não IP e que seja o próprio ME, que aliás tanto lutara por ela, que agora a coarta? Por isso, termino repetindo MAYDAY MAYDAY.”*

Apesar de esta citação ter sido redigida há alguns anos atrás, não estamos muito longe deste estado de calamidade.

Referências Bibliográficas

Agency, E. (2005). Report of Early Childhood Intervention Study. Analysis of Situations in Europe. Key Aspects and Recommendations. Brussels: European Agency for Development in Special Needs Education.

Ainsworth, M. (1989). Attachments beyond infancy. *American Psychologist*, 709-716.

Albuquerque, C. (2000). As Nações Unidas, A Convenção e o Comité. *Documentação e Direito Comparado*, 1-54.

Almeida, I. C. (2000). Evolução das teorias e modelos de intervenção precoce - caracterização de uma prática de qualidade. *Cadernos do CEACF* (15/16), pp. 29-46.

Almeida, I. C. (2004). Intervenção Precoce: Focada na criança ou centrada na família e na comunidade? *Análise Psicológica*, XXII (1), pp. 65-72.

Anaut, M. (2005). A Resiliência. Ultrapassar os traumatismos . Lisboa: Climepsi Editores.

Bailey, D. B., & Wolery, M. (1992). *Teaching Infants and Preschoolers with Disabilities*. New York: Merrill Publishing Company.

Bairrão, J. (1994). A perspetiva ecológica na avaliação de crianças com necessidades educativas especiais e suas famílias: o caso da intervenção precoce. *Inovação* 7, pp. 37-48.

Bairrão, J. (2006). MAYDAY MAYDAY - Intervenção Precoce. *Jornal de Letras - Educação*. pp. 1-5.

Bairrão, J. (2003). Tendências Actuais em Investigação Precoce. *Psicologia*, XVII (1), pp. 7-13.

Berelson, B. (1954). Content Analysis. In G. Lindzey, *Handbook of Social Psychology* (pp. 488-522). Harvard University Press.

Biscaia, J. (2001). O apelo da relação. Em L. Archer, J. Biscaia, W. Osswald, & M. Renaud, *Novos desafios à bioética*. Porto: Porto Editora.

Blackman, J. A. (2003). Early Intervention: An Overview. In S. L. Odom, M. J. Hanson, J. A. Blackman, & S. Paul, *Early Intervention Practices Around the World* (pp. 1-9). Baltimore: Brookes Publishing Co.

Bowlby, J. (1944). Forty-four juvenile thieves: their characters and home life. *International Journal of Psychoanalysis*, 107-127.

Bronfenbrenner, U. (1979). *The ecology of human development: Experiments by nature and design*. Cambridge: Harvard University Press .

Brown, W., & Brown, C. (1993). Defining Eligibility for Young Children. In W. Brown, S. K. Thurman, & L. F. Pearl, *Family - Centered Early Intervention with Infants and Toddlers: Innovative Cross-Disciplinary Approaches*. (pp. 21-42). Baltimore: Paul Brooks Publishers.

Canelhas, D. S. (2011). *Estudo sobre o impacto do risco biológico e ambiental na Qualidade da Interação Mãe-Filho (a)*. Tese de Mestrado, Escola Superior de Educação do Instituto Politécnico de Lisboa, Lisboa.

Cara-Linda, M. A. (2007). *Abordagem Centrada na Família: Avaliação de Práticas num Projecto de Intervenção Precoce*. Tese de Mestrado, Instituto Superior de Psicologia Aplicada, Lisboa.

Carvalho, O. (2011). *De pequenino se torce o destino. O valor da intervenção precoce*. Porto: Livpsic.

Correia, L. M., & Serrano, A. M. (1998). *Envolvimento Parental: Das práticas centradas na criança às práticas centradas na família*. Porto: Porto Editora.

Cruz, A., & et al. (2003). *Avaliação da Satisfação das Famílias Apoiadas pelo PIIP: resultados da aplicação da escala ESFIP*. Lisboa: Secretariado Nacional para a Reabilitação e Integração das Pessoas com Deficiência.

Cyrułnik, B. (2001). *Resiliência – Essa Inaudita Capacidade de Construção Humana*. Lisboa: Instituto Piaget.

Delgado, P. (2006). *Os Direitos das Crianças - da Participação à Responsabilidade: O Sistema de Protecção e Educação das Crianças e Jovens*. Porto: Profedições.

Eurlyaid. (1992). *Report of the European Working Party - Early Intervention for Children with Disabilities*. Eisenborn (Belgium): Comission of the European Communities.

Fernandes, M. F. (2008). *Que Intervenção Precoce (?) Satisfação das famílias em Intervenção Precoce*. Tese de Mestrado, Faculdade de Ciências Humanas e Sociais da Universidade Fernando Pessoa, Porto.

Fidel, R. (1992). The case study method: a case study. In J. D. Glazier, & R. Ronald, *Qualitative research in information management* (pp. 37-50). Englewood: Libraries Unlimited.

Flach, F. (1988). *Resilience: Discovering a new strength at times of stress*. New York : Fawcett Columbine .

Fonseca, A. (2004). Crianças Jovens em Risco. Em M. Silva, A. Fonseca, L. Alcoforado, M. Vilar, & C. Vieira, *Crianças Jovens em Risco*. Coimbra: Editora Almedina.

Franco, V. (2007). Dimensões Transdisciplinares do trabalho de equipe em intervenção precoce. *Interacção em Psicologia*, XI (1), pp. 113-121.

Freixo, M. J. (2012). *Metodologia Científica - Fundamentos, Métodos e Técnicas*. Lisboa: Instituto Piaget.

Garbarino, J., & Abramowitz, H. (1992). The ecology of human development. In J. Garbarino, *Children and families in the social environment* (pp. 11-33). Nova Iorque: Aldine de Gruyter.

Guedeney, N., & Guedeney, A. (2004). *Vinculação. Conceitos e aplicações*. Lisboa: Climepsi Editores .

Guerra, P. (2003). O Novo Direito das Crianças e Jovens - Um Verdadeiro Recomeço. *Infância e Juventude*, 53-80.

Harbin, G. L, McWilliam, R. A., & Gallagher, J. J. (2000). Services for Young Children with Disabilities and Their Families. In S. J. Meisels, & J. P. Shonkoff, *Handbook of Early Childhood Intervention* (pp. 387-415). Cambridge: Cambridge University Press.

Itard, J., & Malson, L. (1979). *The Wild Boy of Aveyron*. Cambridge: Harvard University Press.

Junqueira, M., & Deslandes, S. (2003). Resiliência e maus tratos à criança. *Cad. Saúde Pública*, 227-235.

Krauss, M. (2000). Family Assessment within Early Intervention Programs. In J. P. Shonkoff, & S. J. Meisels, *Handbook of early childhood intervention* (pp. 290-308). Cambridge: Cambridge University Press.

Leandro, A. (2001). Protecção dos Direitos da Criança em Portugal. Em A. Monteiro, & et al, *Direitos das Crianças* (pp. 101-119). Coimbra: Coimbra Editora.

Marcelli, D. (1998). *Manual de Psicopatologia da Infância de Ajuriaguerra*. Porto Alegre: Editora Artes Médicas Sul.

Martins, E., & Szymanski, H. (2004). Brincando de casinha: Significado de família para crianças institucionalizadas. *Estudos de Psicologia*, 177-187.

Meisels, S., & Shonkoff, J. (2000). Early Childhood Intervention: A Continuing Evolution. In S. J. Meisels, & J. P. Shonkoff, *Handbook of Early Childhood Intervention* (pp. 3-31). Cambridge: Cambridge University Press.

Minuchin, S. (1990). *Famílias: Funcionamento & Tratamento*. Porto Alegre: Artes Médicas.

Oliveira, E., & et al. (maio/agosto de 2003). Análise de Conteúdo e Pesquisa na área de educação. *Revista Diálogo Educacional*, pp. 11-27.

OMS. (2003). *CIF - Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde*. S.Paulo. EdUP.

Pereira, A. P. (2002). Análise das condições de risco numa perspetiva ecológica. *Revista Inclusão*(2), 75-90.

Pianta, R. C., & Walsh, D. J. (1990). *High risk in schools*. New York: Routledge.

Pimentel, J. S. (2005). *Intervenção focada na família: Desejo ou realidade. Percepções de pais e profissionais sobre as práticas de apoio precoce a crianças com necessidades educativas especiais e suas famílias*. Lisboa: Secretariado Nacional para a Reabilitação e Integração de Pessoas com Deficiência.

Pimentel, J. S. (1999). Reflexões sobre a Avaliação de Programas de Intervenção Precoce. *Análise Psicológica*, XVII (1). pp. 143-152.

Preterender, F. (2001). Early Intervention. In C. Meijer, & A. Watkins, *Special Needs Education: European Perspectives* (pp. 27-31). Brussels: European Agency for Development in Special Needs Education.

Quivy, R., & et al. (1992). *Manual de Investigação em Ciências Sociais*. Lisboa: Gradiva.

Rak, C. F., & Patterson, L. E. (1996). Promoting resilience in at-risk children. *Journal of Counselling and Development*, 368-373.

Relvas, A. (1996). *O Ciclo Vital da Família. Perspectiva Sistémica*. Porto: Edições Afrontamento.

Rosinha, I. (2004). *Abandono Psicológico: Estudo Exploratório: Um contributo dos profissionais dos centros de acolhimento temporário de menores em risco*. Lisboa: Instituto Superior de Psicologia Aplicada.

Rutter, M. (1987). Psychosocial resilience and protective mechanism. *American Journal of Orthopsychiatry*, 316-331.

Saint-Exupéry, A. (2001). *O Príncipezinho*. Editorial Presença.

Sameroff, A. J., & Fiese, B. H. (2000). Transactional Regulation: The Developmental Ecology of Early Intervention. In J. P. Shonkoff, & S. J. Meisels, *Handbook of Early Childhood Intervention* (pp. 135-160). Cambridge: Cambridge University Press.

Santos, M. (2008). *No Coração da Escola. Estórias sobre educação*. Alfragide: Edições Asa.

Santos, P. (2007). *Promovendo um processo de construção de uma cultura de intervenção precoce*. Tese de Doutoramento, Universidade de Aveiro, Aveiro.

Sarmiento, J., & Veiga, F. (2010). *Pobreza Infantil: Realidades, Desafios, Propostas*. V.N. Famalicão: Edições Húmus.

Sebastião, J. (1998). *Crianças de Rua - Modos de Vida Marginais na Cidade de Lisboa*. Oeiras: Celta Editora.

Serrano, A. M. (2007). *Redes Sociais de Apoio e Sua Relevância para a Intervenção Precoce*. Porto: Porto Editora.

Simeonsson, Pereira & Scarborough. (2003). Documenting delay and disability in early development with the WHO-ICF. *Psicologia*, XVII, pp. 31-41.

Soares, I. (1996). Vinculação: Questões teóricas, investigação e implicações clínicas. *Revista Portuguesa de Pedopsiquiatria*, 35-71.

Sroufe, A. (1985). Attachment classification from the perspective of infant-caregiver relationships and temperament. *Child Development*, 1-14.

Strecht, P. (2012). *Crescer Vazio. Repercussões psíquicas do abandono, negligência e maus tratos em crianças e adolescentes*. Lisboa: Assírio & Alvim.

Tegethof, M. I. (2007). *Estudos sobre a Intervenção Precoce em Portugal: Ideias dos especialistas, dos profissionais e da família*. Tese de Doutoramento. Faculdade de Psicologia e Ciências da Educação da Universidade do Porto, Porto.

Thurman, S. (1997). Systems, Ecologies and the context of Early Intervention. In S. Thurman, J. Cornwell, & S. Gottwall. *Contexts of Early Intervention: Systems and Setting*. (pp. 3-17). Baltimore: Paul H. Brooks Publishing.

Tomás, C. (2007). Convenção dos Direitos da Criança: Reflexões Críticas. *Infância e Juventude*, 121-145.

Tuckman, B. (2002). Manual de Investigação em Educação. Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian.

Vala, J. (1986). Sobre as representações sociais - para uma epistemologia do senso comum. Cadernos de Ciências Sociais, pp. 5-30.

Normativos Legais:

Diário da República (1999). Decreto-Lei nº 147/99 de 1 de Setembro de 1999. 1.ª Série, nº 204.

Diário da República (2009). Decreto-Lei nº 281/2009 de 6 de Outubro de 2009. 1.ª Série, nº 193.

Diário da República (1999). Despacho Conjunto nº 981/99 de 19 de Outubro de 1999. 2.ª Série, nº 244.

Anexos

Anexo I

Guião de Entrevista às Técnicas da CPCJ de São João da Madeira

Entrevistador:

Entrevistado:

Data:

Local:

Duração:

C1 Caracterização das Técnicas da CPCJ

Q1 Qual é a sua formação de base?

Q2 Qual é a sua Profissão?

Q3 Quanto tempo de serviço tem?

<1 Ano	1 – 3 Anos	3 – 5 Anos	>5 Anos	
--------	------------	------------	---------	--

Q4 Que função exerce na CPCJ de São João da Madeira?

Presidente	Secretária	Representante das Forças de Segurança	
Representante da Educação	Representante da Saúde	Representante das IPSS Sem Acolhimento	
Elemento Cooptado	Representante da Segurança Social	Representante das IPSS Com Acolhimento	

Q5 Há quanto tempo exerce essa função?

<1 Ano	1 – 3 Anos	3 – 5 Anos	6 Anos	
--------	------------	------------	--------	--

Q6 Possui formação na área das Crianças e Jovens em Perigo?

Sim	Não	
-----	-----	--

Q7 Considera que seria pertinente ter? (Caso não tenha)

Sim	Não	
-----	-----	--

C2 Os Processos Analisados

Q8 Quais os motivos que deram origem à abertura do processo?

Abandono	Negligência	Abandono Escolar	Maus tratos Físicos e/ou Psicológicos
Mendicidade	Abuso Sexual	Prostituição Infantil	Exploração do Trabalho Infantil

Q9 Quais as problemáticas identificadas na família desta criança?

Pobreza	Violência Doméstica	Conflito Parental	Alcoolismo e/ou Consumo de Drogas
---------	---------------------	-------------------	-----------------------------------

Q10 Considera que as problemáticas identificadas tiveram impacto no desenvolvimento da criança?

Sim	Não
-----	-----

Q11 De que forma?

Q12 Como classifica esta família quanto à sua estrutura?

Família Nuclear	Família Alargada	Família Monoparental
Família Unitária	Família Reconstituída	Família Arco-Íris

Q13 Como classifica esta família quanto à relação parental?

Família Equilibrada	Família Disfuncional
---------------------	----------------------

Q14 O acompanhamento prestado à criança é realizado no âmbito de que áreas de intervenção?

Intervenção Precoce	Terapia da Fala	Terapia Ocupacional	Consulta de Nutricionismo
Fisioterapia	Pedopsiquiatria	Educação Especial	Consulta de Desenvolvimento

Q15 Considera que a intervenção efetuada promoveu alterações significativas no desenvolvimento da criança?

Sim	Não
-----	-----

Q16 Que serviços/recursos são/foram disponibilizados à família?

Habituação Social	Bens Alimentares	RSI e/ou Outros Apoios Económicos
Formação Parental	Acompanhamento Psicológico	Formação Itinerante no Domicílio

Q17 Após a disponibilização destes serviços/recursos foi possível observar mudanças significativas no contexto familiar?

Sim	Não
-----	-----

Q18 Ao longo de todo o processo, a Medida de Proteção e Promoção Aplicada foi “Apoio Junto dos Pais – Mãe”. Que fatores conduziram à escolha apenas desta medida e não de outra (s)?

C3 O Trabalho com as Famílias

Q19 No trabalho que desenvolve na CPCJ, a família é um elemento ativo e participativo no processo de intervenção?

Sim		Não	
-----	--	-----	--

Q20 Quais as dificuldades que experiencia no trabalho que desenvolve com as famílias?

C4 O Trabalho em Equipa

Q21 Considera que o trabalho em equipa é importante?

Sim		Não	
-----	--	-----	--

Q22 Existe colaboração entre si, enquanto técnica da CPCJ e os técnicos das restantes entidades envolvidas neste processo?

Sim		Não	
-----	--	-----	--

Se sim, que tipo de colaboração existe?

Se não, porque não existe colaboração?

Anexo II


Pedido de Autorização

Eu, Daniela Patrícia Pinho Fernandes, estudante de Mestrado em Educação Especial, Especialização em Intervenção Precoce na Universidade Portucalense Infante D. Henrique e sob a orientação do Professor Dr. Nuno Barata e da Professora Dra. Olívia de Carvalho, venho, respeitosamente, por este meio solicitar autorização para aceder aos processos das crianças que estão a ser acompanhadas pela CPCJ e pela ELI.

Este pedido surge no âmbito da realização da minha tese de Mestrado que tem como objectivos conceber um estudo acerca dos factores de risco biológico e ambiental e suas repercussões no desenvolvimento da criança; atestar que os factores de risco biológico influenciam os factores de risco ambiental; demonstrar que os factores de risco ambiental influenciam os factores de risco biológico; elaborar um estudo de caso; ostentar que a acumulação de factores de risco, quer ambientais, quer biológicos, comprometem o desenvolvimento harmonioso da criança e, por fim, enfatizar a relevância da detecção precoce das perturbações e atrasos de desenvolvimento, assumindo-se uma perspectiva ecológica, transaccional e cumulativa.

Cumpre-me ainda informar que a consulta dos processos será realizada para fins científicos e não serão revelados os dados pessoais das crianças em questão para que a integridade das mesmas seja salvaguardada.

Porto, 03/03/2015

O orientador,


A mestrandanda,




UNIVERSIDADE PORTUCALENSE

IMP.GE.101.0